

Efficacité de l'approche « logement d'abord » pour les personnes en situation d'itinérance vivant avec des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances psychoactives

Revue systématique

Février 2014

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Rapport rédigé par
Isabelle Beaudoin

Sous la direction de
Sylvie Bouchard

Le présent rapport a été discuté avec le Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à sa réunion du 1er novembre 2013.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Équipe de projet

Auteure

Isabelle Beaudoin, Ph. D.

Collaborateurs

Pierre Dagenais, M.D., M. Sc., Ph. D.

Carrie-Anna McGinn, M. Sc.

Jacques Moreau, Ph. D.

Direction scientifique

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., M.B.A.

Coordonnatrice scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Recherche d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.S.I.

Soutien documentaire

Micheline Paquin, technicienne en documentation

Édition

Responsable

Diane Guilbault

Coordination

Patricia Labelle

Révision linguistique

Révision Littera Plus

Traduction

Jocelyne Lauzière

Vérification bibliographique

Ariane Parayre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-69850-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2014

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Efficacité de l'approche « logement d'abord » pour les personnes en situation d'itinérance vivant avec des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances psychoactives. Rapport rédigé par Isabelle Beaudoin. Sous la direction de Sylvie Bouchard. 2014;10(1):1-45

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lecteurs externes

La lecture externe est un des mécanismes utilisés par l'INESSS pour assurer la qualité de ses travaux. Les lecteurs externes valident les aspects méthodologiques du rapport, de même que l'exactitude de son contenu, en fonction de leur domaine d'expertise propre.

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

Mme Céline Bellot, professeure agrégée, École de service social, Université de Montréal

M. Jimmy Bourque, professeur agrégé, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Moncton

M. Roch Hurtubise, professeur titulaire, directeur du Département, École de travail social, Université de Sherbrooke

Autres contributions

L'Institut tient à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

Mme Sylvie Beauchamp, professionnelle scientifique en services sociaux, INESSS

M. Jean-Pierre Duplantie, conseiller du PDG en services sociaux, INESSS

M. Gilles Cuillerier, coordonnateur de l'urgence dépendance, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire

Déclaration d'intérêts

Il n'y a aucun conflit d'intérêts à signaler.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

COMITÉ SCIENTIFIQUE PERMANENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Membres

M. Pierre Dostie

- Directeur des clientèles en Dépendances (CSSS et Centre de réadaptation en dépendances), Santé mentale, Enfance, jeunesse et famille, et Santé publique au CSSS de Jonquière
- Chargé de cours en travail social, Université du Québec à Chicoutimi

M. Hubert Doucet

- Consultant en bioéthique
- Professeur associé, Faculté de théologie et de sciences des religions, Université de Montréal

M. Serge Dumont

- Directeur scientifique, CSSS de la Vieille-Capitale
- Directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé
- Professeur titulaire, École de service social, Université Laval
- Chercheur, Centre de recherche en cancérologie, Hôtel-Dieu de Québec

M^{me} Isabelle Ganache

- Consultante en éthique, Commissaire à la santé et au bien-être
- Professeure adjointe de clinique, Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

M. Jude Goulet

- Pharmacien, chef du Département de pharmacie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

M^{me} Marjolaine Landry

- Conseillère cadre clinicienne au programme-clientèle santé mentale, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

M^{me} Claudine Laurier

- Pharmacienne
- Professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

M^{me} Louise Lavergne

- Directrice générale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

M^{me} Esther Leclerc (présidente)

- Infirmière
- Ex-directrice générale adjointe, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Michaël Malus

- Médecin de famille,
- Chef du département de médecine familiale et responsable du Centre Réseau Intégré Universitaire (CRIU) Herzl de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
- Professeur associé, Département de médecine familiale, Université McGill

D^r Maurice St-Laurent

- Gériatre
- Professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

M. Jean Toupin (vice-président)

- Professeur titulaire, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Membres citoyens

M. Marc Bélanger

- Psychoéducateur à la retraite
- Professionnel expert de l'intervention des autorités publiques et de l'organisation des services en interdisciplinarité et intersectorialité (santé et services sociaux, justice, éducation) auprès des personnes éprouvant des difficultés d'adaptation psychosociale

M^{me} Jeannine Tellier-Cormier

- Professeure en soins infirmiers à la retraite, Cégep de Trois-Rivières

Membres experts invités

M. Éric A. Latimer

- Économiste et professeur titulaire, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas

M. Aimé Robert LeBlanc

- Ingénieur, professeur émérite, Institut de génie biomédical, Département de physiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Directeur adjoint à la recherche et au développement, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

D^r Réginald Nadeau

- Cardiologue et chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^r Raghu Rajan

- Hématologie et oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill
- Professeur associé, Université McGill
- Membre du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et du programme de gestion thérapeutique des médicaments

Membre observateur MSSS

D^{re} Brigitte Bernard

- Pédiatre
- Adjointe exécutive, Bureau du sous-ministre adjoint, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIERES

EN BREF.....	I
RÉSUMÉ	II
SUMMARY.....	VI
SIGLES ET ACRONYMES.....	VI
GLOSSAIRE	X
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	6
1.1 Cadre d'analyse et questions clés de recherche	6
1.2 Stratégie de recherche d'information.....	7
1.3 Critères de sélection des études	7
1.4 Procédures de sélection des études, d'extraction des données et d'évaluation de la qualité.....	9
1.5 Méthodes d'analyse et de synthèse des données	10
2 RÉSULTATS.....	11
2.1 Description des études repérées.....	11
2.1.1 Dimensions mesurées	16
2.2 Résultats – L'efficacité de l'approche « logement d'abord ».....	18
2.2.1 Comparaison entre l'approche « logement d'abord » et l'accès aux services usuels	18
2.2.2 Comparaison entre l'approche « logement d'abord » et les interventions psychosociales traditionnelles	22
2.2.3 Comparaison entre l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe mobile d'intervenants et l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants	24
2.2.4 Comparaison entre l'approche « logement d'abord » couplée à des interventions intensives et l'approche « logement d'abord » couplée à des interventions régulières.....	25
2.2.5 Variation des effets selon certaines caractéristiques sociodémographiques	25
2.3 Résultats – Les conséquences négatives de l'approche « logement d'abord » et de la vie dans un logement	26
DISCUSSION	29
L'approche « logement d'abord » est-elle efficace et, si oui, selon quelles conditions?	29
Pour quelles populations l'approche « logement d'abord » est-elle efficace?	33
Quelles sont les conséquences négatives de l'approche « logement d'abord »?	34
Les lacunes générales sur le plan des preuves scientifiques	35
Les forces et les limites de la revue systématique.....	36
CONCLUSION.....	37
ANNEXES	39
RÉFÉRENCES.....	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques	8
Tableau 2	Principaux résultats des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » est comparée à l'accès aux services usuels (Q1).....	20
Tableau 3	Résultats sur l'utilisation des services provenant des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » est comparée à l'accès aux services usuels (Q1)	21
Tableau 4	Résultats des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » est comparée à des interventions psychosociales traditionnelles (Q2)	23
Tableau 5	Résultats des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » avec une équipe fixe d'intervenants est comparée à l'approche « logement d'abord » avec une équipe mobile d'intervenants (Q3).....	25

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Pratiques pour intervenir auprès des personnes en situation d'itinérance.....	5
Figure 2	Cadre d'analyse de la revue systématique	7

EN BREF

Au Canada, la situation de l'itinérance est telle que les Nations Unies l'ont qualifiée d'urgence nationale. Dans la province de Québec, c'est à Montréal que l'on trouve la plus forte concentration de personnes en situation d'itinérance. Bien qu'il soit difficile de les dénombrer avec exactitude compte tenu de leur instabilité domiciliaire, on estime que le nombre de personnes en situation d'itinérance a augmenté depuis les vingt dernières années. Par ailleurs, les travaux de la Commission de la santé et des services sociaux réalisés en 2008 indiquent qu'il y a de plus en plus de personnes en situation d'itinérance en région et que leur profil se diversifie (femmes, familles, personnes âgées, jeunes, personnes avec troubles mentaux et troubles liés aux substances psychoactives).

L'itinérance est associée à plusieurs problématiques, dont la mauvaise santé physique et mentale, la victimisation multiple et la mort précoce. Parmi les personnes les plus touchées, celles vivant avec des troubles liés aux substances psychoactives et atteintes de troubles mentaux nécessitent une attention particulière. Les conséquences de ces problèmes sont d'autant plus importantes que les conditions de vie de ces personnes sont précaires et qu'elles parviennent difficilement à obtenir l'aide dont elles ont besoin.

Afin d'améliorer la situation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de réaliser une revue systématique de la littérature traitant de l'efficacité des interventions qui s'adressent à la population itinérante vivant avec un trouble mental ou un trouble lié aux substances psychoactives. À la suite de rencontres avec divers experts qui exercent leurs activités dans le domaine de l'itinérance, il a été décidé que la revue systématique porterait sur l'efficacité et les conséquences négatives de l'approche « logement d'abord ». Cette approche est basée sur la philosophie de l'obligation minimale, c'est-à-dire que les personnes n'ont pas l'obligation d'être abstinentes ou d'avoir suivi un traitement pour accéder à un logement. L'accès au logement se fait directement à partir de la rue.

Les résultats de la revue systématique nous permettent de conclure que l'accès à un programme basé sur l'approche « logement d'abord » permet aux personnes de passer plus de temps dans un logement et moins en situation d'itinérance que celles qui ont accès aux services usuels et aux interventions psychosociales traditionnelles. Des résultats prometteurs sont aussi obtenus en termes d'utilisation des services, de criminalité, de participation à la vie dans la communauté et de qualité de vie.

Ainsi, nous considérons que la mise en place, au Québec, de programmes basés sur l'approche « logement d'abord » devrait être envisagée. En plus, les modalités offertes dans ces programmes devraient être diversifiées afin de répondre aux besoins variés des personnes en situation d'itinérance.

Les résultats de cette revue systématique nécessiteront toutefois d'être contextualisés au Québec afin que les réalités urbaine et rurale soient prises en considération, et ce, pour que les personnes en situation d'itinérance vivant avec des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances psychoactives aient accès à des services mieux adaptés.

RÉSUMÉ

Introduction

Au Québec, on estime que le nombre de personnes en situation d'itinérance a augmenté depuis les vingt dernières années. Afin d'améliorer leur situation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de réaliser une revue systématique de la littérature traitant de l'efficacité des interventions qui s'adressent à la population itinérante vivant avec un trouble mental ou un trouble lié aux substances psychoactives.

À la suite d'une recherche exploratoire dans la littérature scientifique et de rencontres avec divers experts qui exercent leurs activités dans le domaine de l'itinérance, il a été décidé que la revue systématique porterait sur l'efficacité de l'approche « logement d'abord ». Cette approche est basée sur la philosophie de l'obligation minimale, c'est-à-dire que les personnes n'ont pas l'obligation d'être abstinentes ou d'avoir suivi un traitement pour accéder à un logement. L'accès au logement se fait directement à partir de la rue. Tous les types de logement (privés, spécialisés, mixtes, réservés, etc.) et toutes les intensités d'intervention (suivi intensif dans la communauté, soutien d'intensité variable, interventions selon le besoin, etc.) sont considérés dans cette approche.

Sam Tsemberis a créé le modèle *Pathways to Housing*. Ce modèle est basé sur l'approche « logement d'abord », mais des modalités d'intervention et d'organisation y sont déterminées. D'autres programmes basés sur cette même approche ont des modalités plus variées. Une équipe fixe d'intervenants peut ainsi offrir du soutien au logement même, c'est-à-dire que cette équipe est sur place, dans des édifices réservés ou consacrés aux programmes ou dans des logements de groupe. Les interventions peuvent aussi provenir d'une équipe mobile d'intervenants. Les usagers des programmes sont alors généralement logés dans des appartements indépendants privés et les intervenants se déplacent pour les rencontrer. Les interventions peuvent aussi être d'intensité variée; du suivi intensif dans la communauté peut être offert, tout comme du soutien d'intensité variable ou des services spécialisés dans le cas de certaines problématiques.

En parallèle à l'approche « logement d'abord », divers services sont offerts aux personnes en situation d'itinérance. Les auteurs qui ont évalué les effets de cette approche les ont généralement comparés à ceux des services usuels offerts dans la communauté (services sociaux et de santé généraux et services qui s'adressent précisément aux personnes en situation d'itinérance) et à ceux des interventions psychosociales traditionnelles, telles que le suivi intensif dans la communauté, le soutien d'intensité variable ou les programmes de logement dans lesquels le traitement et la réhabilitation sont préalables à l'accès au logement.

Compte tenu de la diversité des modalités qui découlent de l'approche « logement d'abord » et des autres interventions réalisées pour répondre aux besoins des personnes en situation d'itinérance, notre revue systématique vise précisément à répondre aux questions suivantes concernant les personnes en situation d'itinérance ayant des troubles mentaux ou liés à une substance psychoactive:

- En comparaison avec l'accès aux services usuels seulement, l'approche « logement d'abord » permet-elle d'améliorer les conditions de vie de ces personnes? (Q1)
- En comparaison avec les interventions psychosociales traditionnelles, l'approche

« logement d’abord » permet-elle d’améliorer les conditions de vie de ces personnes? **(Q2)**

- En comparaison avec l’approche « logement d’abord » couplée à une équipe mobile d’intervenants, l’approche « logement d’abord » couplée à une équipe fixe d’intervenants permet-elle d’améliorer les conditions de vie de ces personnes? **(Q3)**
- En comparaison avec l’approche « logement d’abord » couplée à des interventions d’intensité régulière, l’approche « logement d’abord » couplée à des interventions intensives ou à des services spécialisés permet-elle d’améliorer les conditions de vie de ces personnes? **(Q4)**
- Les effets de l’approche « logement d’abord » en termes de logement et d’itinérance varient-ils en fonction : a) du sexe; b) de la culture; c) de l’âge; et d) de la durée de la période d’itinérance (situationnelle, cyclique, chronique)? **(Q5)**
- Quelles sont les conséquences négatives de l’approche « logement d’abord »? **(Q6)**

Méthodes

La recherche d’information scientifique a été réalisée dans plusieurs bases de données (Current Contents Connect, PsycINFO, PubMed et Social Work Abstracts) ainsi que dans divers moteurs de recherche Internet (Google, Google Scholar et plusieurs sites gouvernementaux). Pour être inclus, les documents devaient traiter de l’efficacité ou des conséquences négatives de modèles ou de programmes basés sur l’approche « logement d’abord » et traiter des personnes en situation d’itinérance ayant un trouble mental ou un trouble lié aux substances psychoactives. Des études de nature expérimentale ou quasi expérimentale et des revues systématiques ont été retenues pour répondre aux questions concernant l’efficacité, alors que tous les types d’études ont été retenus pour répondre à la question concernant les conséquences négatives. Deux examinateurs ont réalisé, de façon indépendante, la sélection des études et l’évaluation de leur qualité. Des outils différents ont été utilisés pour évaluer la qualité des documents selon qu’il s’agissait d’études ou de revues systématiques. Les documents évalués comme étant de faible qualité ont été exclus. Finalement, 28 documents ont été retenus. Les données qui en ont été extraites concernaient les caractéristiques des échantillons, les modalités du programme ou du modèle basé sur l’approche « logement d’abord », les interventions offertes aux participants du groupe de comparaison, les résultats portant sur l’efficacité et les conséquences négatives, les temps de suivi des études et d’autres renseignements sur le contexte et l’environnement dans lesquels les modèles et programmes étaient implantés.

Résultats

Q1) En comparaison avec les personnes qui ont eu accès aux services usuels seulement, celles qui ont eu accès à l’approche « logement d’abord » ont pu passer plus de temps dans un logement et moins en situation d’itinérance. Leur santé mentale, leur santé physique et leur consommation d’alcool ou de drogues ne se sont toutefois pas davantage améliorées. D’autres résultats suggèrent que l’approche « logement d’abord » est plus efficace que l’accès aux services usuels pour faire diminuer la criminalité et l’incarcération chez ces personnes, augmenter leur qualité de vie, les faire participer davantage à la vie dans la communauté, réduire le nombre d’hospitalisations, de séjours en traitement résidentiel et de visites dans les urgences hospitalières et augmenter l’utilisation des services externes pour leurs problèmes physiques, mentaux ou liés à leur consommation d’alcool ou de drogues. Ces résultats sont toutefois mitigés puisque certains auteurs ne décèlent pas ces différences.

Q2) En comparaison avec les personnes qui ont eu accès à des interventions psychosociales traditionnelles, celles qui ont eu accès à l'approche « logement d'abord » ont pu passer plus de temps dans un logement et moins en situation d'itinérance. L'approche « logement d'abord » n'a toutefois pas d'effets particuliers sur la santé mentale et la consommation d'alcool ou de drogues de ces personnes. Les autres résultats proviennent d'un trop petit nombre d'études pour que des constats puissent en être tirés.

Q3) En comparaison avec l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe mobile d'intervenants, l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants permet aux personnes de vivre davantage dans un logement et moins en situation d'itinérance, d'avoir une meilleure santé mentale et une meilleure qualité de vie.

Q4) L'auteur d'une seule des études sélectionnées a comparé l'approche « logement d'abord » couplée à des interventions régulières à celle couplée à des interventions intensives. Les résultats obtenus peuvent être considérés comme prometteurs, mais aucun constat clair ne peut en être tiré. Les personnes qui ont eu accès à des interventions intensives et à des services spécialisés en emploi ont ainsi passé plus de temps dans un logement et travaillé davantage que celles qui ont fait l'objet d'interventions régulières mais qui n'ont reçu aucun service spécialisé. Ces résultats sont d'autant plus prometteurs que les personnes qui ont eu accès aux interventions intensives présentaient un portrait clinique plus problématique que les autres. Elles étaient en situation d'itinérance chronique et souffraient de troubles mentaux.

Q5) Les résultats montrent que l'efficacité de l'approche « logement d'abord » en termes de temps passé dans un logement et dans la rue n'est pas tributaire de l'âge. La durée de la période d'itinérance ne semble pas non plus modifier les effets du programme. Toutefois, aucune étude n'a évalué directement l'influence du temps passé en situation d'itinérance sur l'efficacité de l'approche « logement d'abord ». Concernant le sexe et l'origine ethno-culturelle, les résultats d'une seule étude suggèrent que les hommes et les personnes afro-américaines qui ont accès à l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe mobile d'intervenants demeurent moins longtemps dans un logement que les autres personnes. Peu d'auteurs se sont toutefois intéressés à évaluer la variation des effets de l'approche « logement d'abord » en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes.

Q6) Les conséquences négatives de l'approche « logement d'abord » sont principalement liées à certains contextes et à certains types de logement. De l'anxiété peut ainsi être vécue au moment de l'arrivée dans un logement ou lorsque les personnes sont en situation d'hébergement d'urgence. Les logements privés ou indépendants amènent également plus de solitude, alors que les logements de groupe sont surtout la source de conflits. Ces résultats ne semblent toutefois pas liés à l'approche « logement d'abord » en elle-même, mais davantage à la vie dans un logement.

Conclusions

L'approche « logement d'abord » permet aux personnes qui en bénéficient de demeurer plus longtemps dans un logement et moins en situation d'itinérance que celles qui ont accès aux services usuels seulement et aux interventions psychosociales traditionnelles. Malgré les problèmes mentaux et la consommation d'alcool ou de drogues qui ne s'améliorent pas davantage, la mise en place de programmes basés sur cette approche et s'adressant aux personnes les plus difficiles à loger serait à considérer. De plus, il semble que des programmes diversifiés, toujours basés sur l'approche « logement d'abord », permettraient de répondre aux besoins de l'ensemble des personnes en situation d'itinérance, en plus de s'inscrire en continuité

avec la politique en matière d'itinérance dont se dotera le Québec en 2014.

Les résultats présentés dans ce rapport doivent être contextualisés pour le Québec afin de prendre en considération les diverses réalités, urbaine et rurale, notamment en termes d'organisation des services offerts.

SUMMARY

Effectiveness of the Housing First Approach for Homeless People with Mental Health or Substance Abuse Problems

Introduction

The number of homeless people in Québec is believed to have risen over the last twenty years. With a goal to improving their situation, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to perform a systematic review of the literature addressing the effectiveness of interventions for homeless people with mental health or substance abuse problems.

After an exploratory literature search and meetings with various experts working in the field of homelessness, it was decided that the systematic review would address the effectiveness, as well as negative consequences, of the Housing First approach. This approach is based on the philosophy of minimum obligation; that is, people are not obligated to be sober/abstinent or to have received treatment in order to have access to housing. Access to housing is provided directly from the street. All types of housing (private, specialized, mixed, reserved, etc.) and all intervention intensity levels (intensive case management, case management, assertive community treatment, need-based interventions) can be used in this approach.

Sam Tsemberis developed the Pathways to Housing model. This model is based on the Housing First approach, but uses predetermined interventional and organizational modalities. Other programs based on the Housing First approach have employed more varied modalities. "Fixed" intervention teams, for example, can offer direct housing support; that is, the team is on site, in buildings reserved for or dedicated to the program or in group homes. Interventions can also be offered by a mobile intervention team. Such program users are thus generally housed in private independent apartments and outreach workers go there to meet with them. The intensity of the interventions can also vary: intensive case management might be offered, as well as assertive community treatment and specialized services in the case of certain problems.

In parallel with the Housing First approach, various services are offered to homeless people. The authors who assessed the effects of this approach generally compared it with usual community care (general health and social services, and services specifically addressed to homeless individuals) or with traditional psychosocial services, such as intensive case management, assertive community treatment or housing programs with treatment and rehabilitation as prerequisites for access.

Given the diversity of models based on the Housing First approach and other interventions designed to meet the needs of the target population, our systematic review was specifically aimed at answering the following questions about homeless people with mental health or substance abuse problems:

- Compared with access to usual care alone, does the Housing First approach improve these people's living conditions? **(Q1)**
- Compared with traditional psychosocial interventions, does the Housing First approach improve these people's living conditions? **(Q2)**
- Compared with the Housing First approach combined with a mobile intervention team, does the Housing First approach combined with an on-site, fixed intervention team

improve these people's living conditions? **(Q3)**

- Compared with the Housing First approach combined with interventions of regular intensity, does the Housing First approach combined with intensive interventions or specialized services improve these people's living conditions? **(Q4)**
- Does the impact of the Housing First approach in terms of housing and homelessness vary according to: (a) gender; (b) ethnicity/culture; (c) age; and (d) duration/type of homelessness (situational, cyclical, chronic)? **(Q5)**
- What are the negative consequences of the Housing First approach? **(Q6)**

Methods

The literature search was performed using several databases (Current Contents, PsycINFO, PubMed and Social Work Abstracts) and using various Internet search engines (Google, Google Scholar and several governmental Web sites). To be included, the documents had to address effectiveness or negative consequences of models or programs based on the Housing First approach, and concern homeless people with a psychiatric or substance abuse disorder. Experimental or quasi-experimental studies and systematic reviews were selected to answer the questions on effectiveness, while all types of studies were considered to answer the question concerning negative consequences. Two reviewers independently selected the studies and assessed their quality. Different tools were used to assess the quality of the selected documents, according to whether they were empirical studies or systematic reviews. Documents rated as low quality were excluded. A total of 28 documents were selected. Data extracted from these included study sample characteristics, program modalities based on the Housing First approach, interventions offered to participants in the comparison groups, outcomes regarding effectiveness and negative consequences, length of study follow-up, and other information on the context and setting in which the models or programs were implemented.

Results

(Q1) Compared with people who had access to usual services alone, those with access to the Housing First approach were able to spend more time in housing and less time homeless. However, there were no greater improvements in their mental health, physical health and alcohol or drug use. Other results suggested that the Housing First approach was more effective than usual care in terms of decreasing criminal activities and incarceration; increasing quality of life; increasing participation in community life; reducing the number of hospitalizations, residential treatment stay and visits to emergency departments; increasing use of outpatient services for physical or mental health issues and alcohol or drug problems. These results are mitigated, however, by the fact that some authors did not detect such differences.

(Q2) Compared with people who had access to traditional psychosocial interventions, those with access to the Housing First approach were able to spend more time in housing and less time homeless. However, the Housing First approach did not have any particular effect on mental health or alcohol or drug use. The other outcomes arose from too small a number of studies to derive any clear findings.

(Q3) Compared with the Housing First approach in combination with a mobile intervention team, the Housing First approach combined with an on-site intervention team allowed people to spend more time in housing and less time homeless and to enjoy greater mental health and better quality of life.

(Q4) Only one of the selected studies compared the Housing First approach in combination with regular interventions versus in combination with intensive interventions. The results could be considered promising, but no clear findings can be derived. Those with access to intensive interventions and specialized employment services spent more time in stable housing and worked more than those who received regular interventions but no specialized services. These results are all the more promising since the participants with access to intensive interventions had more complex clinical presentations, being chronically homeless with mental health issues.

(Q5) The results show that the effectiveness of the Housing First approach in terms of time spent in housing and on the street is not based on age. In addition, the duration/type of homelessness does not appear to modify the effects of the program. However, no study has directly assessed the effects of the amount of time spent homeless on the effectiveness of the Housing First approach. Regarding gender and ethno-cultural origin, the results of a single study suggested that men and African Americans with access to the Housing First approach combined with a mobile intervention team spent less time in housing than did others. A small number of authors have nevertheless shown interest in assessing variation in the effects of the Housing First approach according to program users' sociodemographic characteristics.

(Q6) Negative consequences of the Housing First approach are primarily linked to particular contexts and types of housing. Program users can experience anxiety when moving into a residence or when in an emergency housing situation. Private or independent housing can also lead to greater solitude, while congregate housing is usually the source of conflicts. However, such results do not appear to be linked to the Housing First approach itself, but more to residential life in general.

Conclusions

The Housing First approach offers clients greater housing stability and fewer periods of homelessness than usual care alone and traditional psychosocial interventions. Despite the lack of greater alleviation of mental health problems or alcohol and drug use, the implementation of programs based on this approach for those with the most severe difficulties in maintaining housing should be considered. It also appears that diversified programs based on the Housing First approach would meet the needs of a wide range of homeless people, in addition to being consistent with the policy on homelessness that Québec is set to adopt in 2014.

The results presented in this report must be adapted to Québec's context in order to take into account a variety of both urban and rural realities, especially in terms of the organization of services.

SIGLES ET ACRONYMES

CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CHHP	<i>Chicago Housing for Health Partnership</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
HUD-VASH	<i>Housing and Urban Development – Veterans Affairs Supportive Housing</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAPSIM	Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal

GLOSSAIRE

Approche « logement d’abord »

Approche basée sur la philosophie de l’obligation minimale, c’est-à-dire que les usagers n’ont pas l’obligation d’être abstinentes ou d’avoir suivi un traitement pour accéder à un logement. L’accès au logement se fait donc directement à partir de la rue [Montgomery *et al.*, 2013; Kertesz *et al.*, 2009; McHugo *et al.*, 2004]. Tous les types de logement (logements privés, édifices réservés, édifices mixtes, logements réservés) et toutes les intensités d’intervention sont considérés. L’approche « logement d’abord » se différencie toutefois du modèle *Pathways to Housing* par la variété des types de logement et d’intervention qui sont offerts aux usagers [Kertesz *et al.*, 2009]. Dans le modèle *Pathways to Housing*, les modalités d’intervention et d’organisation sont prédéterminées. Par exemple, des équipes différentes ont été constituées pour les interventions et pour le logement; le personnel qui s’occupe des logements fait partie d’une « équipe logement », alors que le personnel qui intervient auprès de la clientèle pour offrir un suivi intensif dans la communauté ou un soutien d’intensité variable fait partie d’une « équipe clinique ».

Base de données bibliographiques¹

Source indexée de références bibliographiques, informatisée ou imprimée, décrivant des documents tels que des articles de revues et des rapports scientifiques.

Équipe fixe d'intervenants

Services médicaux et psychosociaux offerts sur place dans les logements. Généralement, ces équipes sont dans des logements de groupe. Les usagers peuvent aussi habiter dans des appartements indépendants les uns des autres, mais qui se trouvent dans un seul édifice réservé à cette fin [Schutt, 2011; McHugo *et al.*, 2004].

Équipe mobile d'intervenants

Services médicaux et psychosociaux offerts par une ou plusieurs équipes d’intervenants qui se déplacent chez les personnes. Les intervenants viennent généralement d’agences ou d’organisations spécialisées qui sont indépendantes des logements. Les services associés aux logements (conciergerie, par exemple) sont offerts par les propriétaires de ces logements ou par des agences immobilières. Les services médicaux et psychosociaux sont ainsi donnés indépendamment de ceux associés aux logements [McHugo *et al.*, 2004, p. 970].

Étude de série de cas

Étude d’observation sans groupe témoin portant sur une intervention ou sur l’exposition à un facteur donné, et son résultat chez une série de sujets¹.

Étude expérimentale²

¹ Définition tirée du Glossaire en évaluation des technologies de la santé (ETS), disponible à <http://htaglossary.net/Accueil>.

Investigation objective et systématique faite dans le but d'expliquer, de prédire et de contrôler des phénomènes. Le chercheur manipule la variable indépendante et observe l'effet de cette manipulation sur la variable dépendante. Une véritable étude expérimentale affecte les sujets au hasard au groupe expérimental et au groupe témoin et prévoit un prétest.

Étude qualitative (ou recherche qualitative)³

Recherche dont le but est de comprendre un phénomène selon la perspective des sujets de recherche; les observations sont décrites sous forme narrative.

Étude quasi expérimentale⁴

Recherche dont les sujets n'ont pas été affectés au hasard à des groupes et (ou) dont les variables étrangères échappent au contrôle parfait du chercheur.

Interventions psychosociales traditionnelles

Interventions qui regroupent les interventions traditionnellement offertes aux personnes en situation d'itinérance, telles que la gestion de cas (soutien d'intensité variable ou suivi intensif dans la communauté) et les interventions ou programmes basés sur l'approche « traitement d'abord », c'est-à-dire dans lesquels le traitement et la réhabilitation sont des conditions préalables pour accéder à un logement [Pauly *et al.*, 2012].

Itinérance

Situation d'un individu ou d'une famille qui n'a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'a pas la possibilité ou la capacité immédiate de s'en procurer un [RCRI, 2012, p. 1].

Itinérance chronique

Situation des personnes qui n'ont pas vécu dans un logement depuis une longue période [MSSS, 2008, p. 12].

Itinérance cyclique

Situation des personnes qui vont et viennent entre un logement et la rue; se traduit par la répétition, plus ou moins régulière, des situations d'itinérance [MSSS, 2008, p. 12].

Itinérance situationnelle

Situation des personnes qui, momentanément, sont sans logement [MSSS, 2008, p. 12].

Littérature grise scientifique

Documents publiés pour un public restreint, en dehors des grands circuits de distribution, et difficilement repérables dans les bases de données courantes, tels que des présentations à des congrès, des évaluations de technologies de la santé réalisées par des hôpitaux, certains documents gouvernementaux, etc.⁵

² Définition tirée du Glossaire de termes usuels en recherche et évaluation, disponible à <http://web.archive.org/web/20071117022312/http://www.rcmp-learning.org/french/docs/ppcd1310.htm>.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

⁵ Définition tirée du Glossaire en évaluation des technologies de la santé (ETS), disponible à <http://htaglossary.net/Accueil>.

Méta-analyse⁶

Méthode statistique consistant à combiner de façon systématique les résultats des différentes études afin d'obtenir une estimation quantitative de l'effet global d'une intervention ou d'une variable particulière.

Revue systématique⁷

Forme de recension structurée des publications portant sur une question formulée de façon qu'on puisse y répondre en analysant les articles qui s'y rapportent.

Services externes

Tous les services de santé et services sociaux, spécialisés ou généraux, offerts dans des cliniques externes ou des centres externes tels que les cliniques médicales, les centres de réadaptation en dépendance ou des cliniques externes pour soigner les troubles mentaux [Basu *et al.*, 2012].

Services internes

Services de santé et services sociaux offerts à l'interne dans les établissements, tels que les hôpitaux et les centres de traitement pour les dépendances ou les troubles mentaux.

Services usuels

Tous les services offerts dans la communauté, qu'ils s'adressent spécialement ou non aux personnes en situation d'itinérance. Il s'agit tant des services sociaux et de santé généraux que des refuges ou des soupes populaires offerts à des populations en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.

Soutien d'intensité variable

Soutien qui s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, mais dont le niveau de difficulté est en général moins important que celui des personnes visées par le suivi intensif dans la communauté. Les intervenants assurent un soutien direct et un lien de coordination des ressources auprès des personnes dont les besoins varient en intensité. Cette pratique sera souvent décrite comme étant davantage communautaire dans la mesure où elle intègre à la fois les dimensions psychosociales et le traitement, dans une intensité qui varie dans le temps. L'intervention en équipe n'est pas toujours nécessaire, mais les interventions peuvent toutefois être intensives à certaines périodes et les besoins de coordination sont souvent importants et complexes [MSSS, 2002, p. 16].

Le soutien d'intensité variable peut aussi être offert de façon plus intensive. Il s'agit alors d'une combinaison entre le soutien d'intensité variable et le suivi intensif dans la communauté. Dans ce cas, le rapport intervenant/usagers est d'au plus 1/20, l'intensité des interventions est élevée et le soutien est offert par une équipe d'intervenants ou par un seul [Tan de Bibiana, 2013; Dieterich *et al.*, 2010].

Suivi intensif dans la communauté (ou soutien par équipe, intensif et intégré)

Soutien qui s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, dont la condition est souvent instable ou très fragile et qui courent un risque élevé d'hospitalisations

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

répétées ou prolongées ou encore de rupture avec le reste de la société. L'intervention en équipe multidisciplinaire est nécessaire et elle intègre directement le traitement, compte tenu des grandes difficultés et des besoins diversifiés des personnes concernées. Les membres de l'équipe doivent élaborer conjointement une vue d'ensemble des besoins ainsi que des réponses à ces besoins. Les psychiatres et les médecins omnipraticiens font partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire qui assure le suivi clinique et le soutien communautaire. L'intensité de l'intervention est importante et elle se vérifie non seulement par la fréquence, mais aussi par la complexité et l'intégration des moyens déployés pour répondre aux besoins. Les interventions se déroulent presque exclusivement dans le milieu de vie des personnes, couvrent un vaste éventail d'activités (prise de contact proactive, évaluation et réévaluation des besoins, réponse aux besoins de base, etc.), intègrent différentes expertises et demandent une coordination continue des services entre les membres de l'équipe et la personne bénéficiaire de l'intervention (quotidienne ou deux ou trois fois par semaine). Le rapport intervenant/usagers se situe entre 1/8 et 1/15 [MSSS, 2005].

Le modèle *Assertive community treatment* sert généralement de référence au suivi intensif dans la communauté [MSSS, 2002, p. 16]. Sa forme originale peut varier, et ce suivi intensif peut être offert en version modifiée. Le rapport intervenant/usagers est alors plus élevé que dans le modèle original (1/25), les contacts moins fréquents (une fois par semaine), l'orientation vers les autres services dans la communauté plus fréquente [Rosenheck *et al.*, 2003, p. 941] ou encore l'intensité des interventions peut être similaire, mais le soutien est offert par une équipe fixe d'intervenants dans certains types de logement (édifices réservés, logement de groupe) [Tan de Bibiana, 2013].

Troubles liés aux substances psychoactives

Expression diagnostique se rapportant à une habitude de consommation d'alcool ou de drogues illicites entraînant des problèmes importants relatifs à des aspects de la vie comme le travail, les relations, la santé physique, le bien-être financier, etc. Il y a deux sous-catégories s'excluant l'une l'autre : l'abus de ces substances et la dépendance à une substance particulière [Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002, p. VI].

Trouble mental

Détresse qui se manifeste lorsque l'individu (ou son entourage) ne peut plus composer avec les exigences trop stressantes de la réalité, en tenant compte des moyens et des ressources internes et externes dont il peut disposer au même moment pour les affronter [Lefebvre et Coudari, 1985].

INTRODUCTION

Au Canada, la situation de l'itinérance est telle que les Nations Unies l'ont qualifiée d'urgence nationale [Kothari, 2007]. Dans la province de Québec, c'est à Montréal que l'on trouve la plus forte concentration de personnes en situation d'itinérance. Bien qu'il soit difficile de les dénombrer avec exactitude compte tenu de leur instabilité domiciliaire, de la désaffiliation et de l'exclusion sociale, en 1998-1999, on évaluait que le nombre de personnes en situation d'itinérance était d'environ 12 000 à Montréal et d'environ 3 500 pour la région de Québec [ISQ, 2003]. Ces données datent de près de 15 ans, mais rien n'indique que ce nombre a diminué depuis [Commission des affaires sociales, 2008]. Effectivement, en 2008, le Réseau d'aide pour les personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM) estimait qu'environ 30 000 personnes fréquentaient les ressources pour personnes itinérantes à Montréal. Par ailleurs, les travaux de la Commission de la santé et des services sociaux réalisés en 2008 indiquent qu'il y a de plus en plus de personnes en situation d'itinérance en région et que leur profil se diversifie (femmes, familles, personnes âgées, jeunes, personnes avec troubles mentaux et troubles liés aux substances psychoactives) [Commission de la santé et des services sociaux, 2009].

Différents termes sont utilisés pour désigner une personne en situation d'itinérance : personne sans domicile fixe, sans-abri, itinérant, clochard, jeune de la rue, etc. Cette diversité de concepts témoigne de la variété du type et de la gravité des situations d'itinérance vécues. Dans le cadre de ce projet, nous retenons la définition du Réseau canadien de recherches sur l'itinérance [2012] puisqu'elle met en évidence cette variété. L'itinérance y est définie comme étant « la situation d'un individu ou d'une famille qui n'a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité ou la capacité immédiate de s'en procurer un » [RCRI, 2012, p. 1]. Le Réseau [2012] considère en plus que les diverses circonstances qui mènent à l'itinérance (pauvreté, problèmes sociaux, manque de logement adéquat et abordable, discrimination, etc.) sont dynamiques, c'est-à-dire qu'elles varient et changent au fil du temps. L'itinérance peut aussi être décrite en fonction de sa durée [MSSS, 2008]. Elle est situationnelle lorsqu'une personne est momentanément sans domicile alors qu'elle en a généralement un. Elle est cyclique lorsqu'une personne fait des va-et-vient d'un chez-soi à la rue. Enfin, elle peut être chronique lorsqu'une personne est sans domicile depuis une longue période de temps.

Ces diverses conditions d'itinérance rendent compte d'un possible parcours dans lequel les personnes en situation d'itinérance courent de plus en plus de risques pour leur santé et leur sécurité [ISQ, 2003]. D'ailleurs, l'itinérance est associée à plusieurs problématiques, dont une mauvaise santé physique et mentale et une mort précoce [Pauly *et al.*, 2012]. En plus, les personnes itinérantes sont régulièrement victimisées. Les conséquences de cette victimisation sont d'autant plus importantes que leurs conditions de vie sont précaires et qu'elles parviennent difficilement à obtenir l'aide dont elles ont besoin [Brassard et Cousineau, 2000].

Parmi les personnes les plus touchées par ces conditions d'existence, celles vivant avec des troubles liés aux substances psychoactives et souffrant de troubles mentaux nécessitent une attention particulière, du fait de leur nombre ainsi que de la tension psychosociale⁸ associée à leurs conditions de vie [Commission de la santé et des services sociaux, 2009]. À Montréal, près

⁸ La tension psychosociale est ici définie comme une manifestation résultant d'un déséquilibre entre les besoins primaires (nourriture, logement et protection) et les besoins secondaires (valorisation, appartenance, amour et amitié) de la personne, compte tenu des ressources internes et externes disponibles pour les combler.

de la moitié des personnes qui fréquentent les ressources d'aide pour les personnes en situation d'itinérance auraient des problèmes de santé mentale, le tiers souffrirait de troubles mentaux modérés et près du quart auraient des troubles mentaux graves [Grenier *et al.*, 2013].

L'itinérance au Québec

En avril 2008, la Commission de la santé et des services sociaux [2009] a entamé des travaux de consultation sur l'itinérance. Elle a reçu 145 mémoires et entendu 104 personnes et organismes de provenance diverse (organismes communautaires, ministères, ex-itinérant, groupe de recherche, etc.). Plusieurs constats ont été tirés de ces consultations :

- la population dite itinérante ne se limite plus aux centres urbains comme Montréal et Québec, mais l'itinérance touche de plus en plus les régions;
- la population caractérisée par l'itinérance est diversifiée et elle inclut davantage les femmes, les jeunes, les personnes âgées, voire les familles;
- les personnes ayant un trouble mental ou un trouble lié aux substances psychoactives sont plus à risque d'itinérance;
- les ressources financières sont insuffisantes pour contrer le phénomène;
- il faut non seulement intervenir, mais aussi prévenir l'itinérance.

Différentes solutions ont également été proposées à l'occasion de ces consultations afin de venir en aide aux personnes en situation d'itinérance, notamment l'accès à un revenu décent, à un domicile et aux services de santé, l'adoption d'une politique sur l'itinérance, l'amélioration de la scolarisation, le soutien et l'accompagnement, le partage de l'espace public, la réinsertion sociale et en emploi ainsi que le droit à la citoyenneté à part entière [Commission de la santé et des services sociaux, 2009].

En décembre 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié le *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*. Celui-ci a été élaboré conjointement par dix ministères et des organismes gouvernementaux concernés. Une des priorités reconnues dans ce plan d'action porte sur l'accentuation de la recherche afin d'améliorer les connaissances concernant les approches et les modèles d'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance [MSSS, 2009]. C'est dans ce contexte que le MSSS a sollicité l'expertise de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Plus précisément, le MSSS souhaitait connaître, d'une part, les interventions auprès de cette population dont l'efficacité a été démontrée et, d'autre part, dans quelle mesure l'efficacité de ces interventions variait en fonction de l'âge, du sexe, de la culture et de la durée de la période d'itinérance. Le MSSS souhaitait également évaluer la possibilité d'appliquer ces interventions dans le contexte québécois.

L'approche « logement d'abord » et la rencontre d'experts

L'exploration préliminaire de la littérature nous a permis de repérer quatre études portant sur l'évaluation de l'efficacité de modèles d'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance [Altena *et al.*, 2010; O'Campo *et al.*, 2009; Coldwell et Bender, 2007; Nelson *et al.*, 2007]. Les trois principaux modèles d'intervention en matière d'itinérance qui ont été abordés dans ces études sont le suivi intensif dans la communauté (ou dans le milieu), le soutien d'intensité variable et le modèle de soutien au logement *Pathways to Housing*. Le suivi intensif dans la communauté et le soutien d'intensité variable sont déjà reconnus et établis au Québec.

Des lignes directrices concernant leur implantation ont été publiées dès 2002 [MSSS, 2002]. De plus, le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 du Québec place la mise en œuvre de ces pratiques parmi ses priorités en ce qui touche les personnes vivant avec un trouble sévère de santé mentale [MSSS, 2009]. Dans cette optique, le modèle *Pathways to Housing* est une avenue intéressante puisqu'il offre l'avantage d'être adaptable aux besoins des personnes en situation d'itinérance (possibilité d'un soutien d'intensité variable ou d'un suivi intensif dans la communauté).

Le modèle *Pathways to Housing*, originalement nommé « *Housing First* », est fondé sur le principe que d'avoir un chez-soi est un besoin fondamental et que ce besoin doit d'abord être comblé pour qu'une personne puisse par la suite se concentrer sur ses autres besoins [Tsemberis, 2010]. Le logement devient une condition préalable à l'insertion sociale. Ce modèle inverse donc la logique de l'approche linéaire, principalement utilisée dans le système actuel et selon laquelle la personne en situation d'itinérance doit être traitée pour ses troubles mentaux et être abstinente pour avoir accès à un logement permanent [Kertesz *et al.*, 2009]. Le modèle *Pathways to Housing* s'inscrit ainsi dans une approche de réduction des méfaits selon laquelle aucune condition d'abstinence ou d'observance thérapeutique n'est imposée pour avoir accès au logement. Ce n'est pas la personne en situation d'itinérance qui doit s'adapter aux différents critères d'admission des services communautaires et institutionnels, mais les interventions qui doivent être adaptées à ses besoins. Selon le cas, un soutien d'intensité variable ou un suivi intensif dans la communauté peut être offert. En plus, les équipes cliniques sont distinctes des équipes s'occupant du logement, c'est-à-dire que les personnes qui interviennent auprès des usagers sont différentes de celles qui les aident à trouver un logement, à déménager, à trouver des meubles, à interagir avec les propriétaires, etc. Le modèle original *Pathways to Housing* est aussi basé sur le principe du choix et de l'autodétermination : les personnes ont la capacité de définir leurs besoins et leurs propres objectifs. Dans la même veine, le choix du quartier et du logement revient aux usagers. Certaines conditions doivent tout de même être remplies pour que la personne ait accès au logement : celle-ci doit signer un bail, fournir au plus 30 % de son revenu au paiement de son loyer et elle doit rencontrer un intervenant au moins une fois par semaine [Tsemberis, 2010].

Les consultations préliminaires réalisées par l'INESSS auprès d'intervenants du milieu de l'itinérance ont permis de confirmer la pertinence d'évaluer l'efficacité du soutien au logement. En même temps que la tenue de ces consultations, une étude expérimentale sur le modèle *Pathways to Housing* de Tsemberis était en cours au Québec et ailleurs au Canada (projet *At home/Chez soi*). Les intervenants rencontrés ont recommandé de considérer tous les types de logement (privés, sociaux, communautaires, etc.) et de s'intéresser à l'approche « logement d'abord » plutôt qu'à un modèle particulier. Au Québec, le logement social est actuellement priorisé [MSSS, 2008; Roy *et al.*, 2003], alors que dans le modèle original *Pathways to Housing* les logements privés sont priorisés par rapport aux autres types de logement [Tsemberis, 2010]. Bien qu'au Québec une diversité de logements soit mise à la disposition des personnes en situation d'itinérance (logement social ou privé, maison de chambres, logement partagé, etc.), les organismes travaillant auprès des personnes itinérantes ou à risque d'itinérance jugent que les services les plus inadéquats offerts à ces personnes sont tous liés au logement [Grenier *et al.*, 2013]. Les intervenants ont donc souligné l'importance que le projet traite de tous les types de logement.

Partout au Canada et aux États-Unis, le modèle *Pathways to Housing* de Tsemberis [2010] a influé sur plusieurs programmes que nous pouvons qualifier d'hybrides puisqu'ils sont basés sur l'approche « logement d'abord » et qu'ils proposent des logements et des services diversifiés

[Montgomery *et al.*, 2013; Kertesz *et al.*, 2009; McHugo *et al.*, 2004]. L'accès au logement se fait donc directement à partir de la rue, et la même philosophie de l'obligation minimale demeure, c'est-à-dire que les usagers n'ont pas l'obligation d'être abstinentes ou d'avoir suivi un traitement pour accéder au programme de logement [Montgomery *et al.*, 2013; Kertesz *et al.*, 2009; McHugo *et al.*, 2004]. L'approche « logement d'abord » se différencie toutefois du modèle *Pathways to Housing* de par la variété des types de logement et d'interventions qui sont offerts aux usagers [Kertesz *et al.*, 2009].

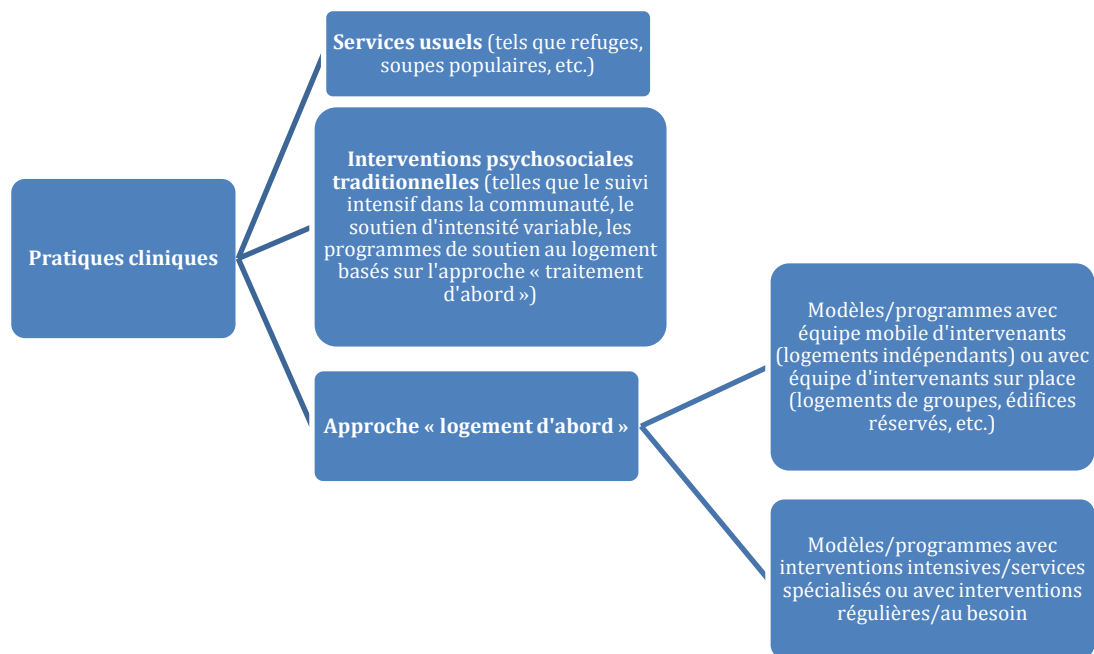
Dans certains programmes basés sur l'approche « logement d'abord », les interventions et services sont liés aux personnes. Ce sont les « programmes de logement permanent indépendant » [Pauly *et al.*, 2012]. Les équipes d'intervenants sont alors mobiles, c'est-à-dire qu'elles se déplacent chez la personne pour lui offrir des services. Dans le modèle *Pathways to Housing*, les équipes d'intervenants sont aussi mobiles. Dans d'autres programmes, toujours basés sur l'approche « logement d'abord », les interventions et services sont liés au logement [Pauly *et al.*, 2012]. Dans ces cas, les équipes d'intervenants sont généralement fixes, c'est-à-dire qu'elles sont présentes sur place dans les logements de groupe ou dans les édifices réservés. Ces programmes sont aussi nommés « programmes de logement avec peu d'obligations » (*low barrier housing*) par certains auteurs [Pauly *et al.*, 2011; Bell, 2009; Patterson *et al.*, 2007]. Les usagers doivent alors respecter les règles de base puisqu'ils habitent généralement en groupe ou partagent tous le même édifice. Ils n'ont toutefois aucune obligation thérapeutique, même si des services sont offerts sur place [Pauly *et al.*, 2011; Patterson *et al.*, 2007]. Les services et l'intensité des interventions varient d'un programme à l'autre, mais de la gestion de cas et des soins de santé primaire et de santé mentale sont généralement offerts [Kertesz *et al.*, 2009]. Ces programmes s'adressent généralement aux personnes qui ont le plus de difficulté à vivre dans un logement; la présence sur place d'intervenants a pour but d'éviter les évictions et le désordre public [Pauly *et al.*, 2011; Patterson *et al.*, 2007].

Les experts que nous avons rencontrés pour valider le choix de l'approche « logement d'abord » ont ainsi souligné l'importance de considérer tous les types de logement afin que les résultats de cette revue systématique soient le plus représentatif possible de la réalité québécoise. Par conséquent, un ensemble de programmes basés sur l'approche « logement d'abord », en plus du modèle *Pathways to Housing* de Tsemberis [2010], seront inclus dans ce document.

La figure 1 présente diverses pratiques en matière d'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance, qui ont été recensées dans la littérature par certains auteurs [Pauly *et al.*, 2012; Kertesz *et al.*, 2009] et qui sont généralement comparées les unes aux autres dans les études ou les revues systématiques. Les services usuels se réfèrent généralement à toute une panoplie de services qui s'adressent spécifiquement ou non aux personnes en situation d'itinérance. Il s'agit tant des services sociaux et de santé généraux que des refuges ou des soupes populaires. Dans les recherches évaluatives, lorsque les participants du groupe témoin ont eu accès aux services usuels seulement, c'est qu'ils n'ont généralement fait l'objet d'aucune intervention particulière. Comme les auteurs n'ont pu leur interdire l'accès aux services offerts dans la communauté, ils se réfèrent ainsi aux « services usuels ». Les interventions psychosociales regroupent des interventions traditionnelles comme la gestion de cas (soutien d'intensité variable, suivi intensif dans la communauté, etc.) et les interventions ou programmes basés sur l'approche « traitement d'abord », c'est-à-dire dans lesquels le traitement (et la réhabilitation) sont préalables à l'accès au logement [Pauly *et al.*, 2012]. Les programmes de bons pour le logement, tels que le programme *Housing and Urban Development – Veterans Affairs Supportive Housing (HUD-VASH)*, se situent théoriquement à cheval entre les programmes basés sur l'approche « logement d'abord » et ceux basés sur l'approche

« traitement d’abord ». Toutefois, dans la majorité de ces programmes, l’accès aux bons est réservé aux personnes qui ont d’abord suivi un traitement, qui sont abstinentes et dont la santé mentale est stable [Kertesz *et al.*, 2009]. C’est pourquoi ils sont ici classés avec les interventions psychosociales traditionnelles. Enfin, l’approche « logement d’abord » renvoie à tous les programmes et modèles dans lesquels le soutien au logement est offert sans obligation d’abstinence ou d’observance des prescriptions médicales et sans traitement préalable à l’accès au logement, et ce, peu importe que les équipes d’intervenants soient mobiles ou fixes, le type de logement priorisé⁹ et l’intensité des interventions offertes [Schiff *et al.*, 2012]. Le modèle original *Pathways to Housing* de Tsemberis [2010], dans lequel les modalités de logement, d’intervention et de services sont prédéterminées, est donc inclus dans l’approche « logement d’abord ».

Figure 1 Pratiques pour intervenir auprès des personnes en situation d’itinérance



Les questions abordées dans la présente revue systématique sont les suivantes :

- L’approche « logement d’abord » peut-elle être efficace en réponse aux besoins des personnes en situation d’itinérance ayant des troubles mentaux ou des troubles liés à une substance psychoactive ou peut-elle avoir des conséquences négatives?
 - Dans quelles conditions cette approche est-elle efficace ou produit-elle des conséquences négatives?
 - Pour quelles populations cette approche est-elle efficace ou produit-elle des conséquences négatives?

⁹ Patterson et ses collègues [2007] rapportent les différentes possibilités de logement : les logements privés, les édifices réservés, les édifices mixtes (dans lesquels de 20 à 25 % des unités sont réservées aux usagers du programme) et les appartements réservés (les appartements qui deviennent vacants sont réservés aux usagers d’un programme).

1 MÉTHODOLOGIE

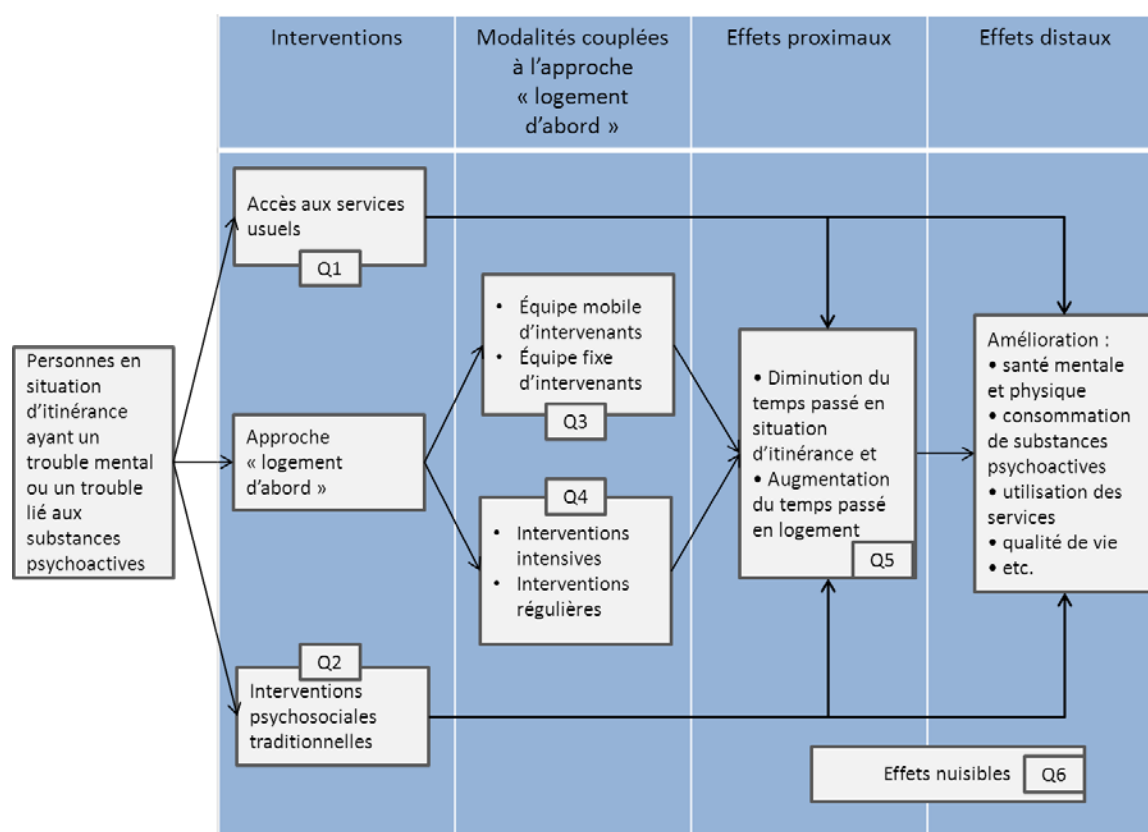
1.1 Cadre d'analyse et questions clés de recherche

Le cadre d'analyse présenté à la figure 2 illustre le contexte dans lequel s'inscrit l'approche « logement d'abord ». On y trouve aussi les questions clés de recherche suivantes :

Chez les personnes en situation d'itinérance ayant des troubles mentaux ou liés à une substance psychoactive :

- En comparaison avec l'accès aux services usuels seulement, l'approche « logement d'abord » permet-elle d'améliorer les conditions de vie de ces personnes? **(Q1)**
- En comparaison avec les interventions psychosociales traditionnelles, l'approche « logement d'abord » permet-elle d'améliorer les conditions de vie de ces personnes? **(Q2)**
- En comparaison avec l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe mobile d'intervenants, l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants permet-elle d'améliorer les conditions de vie de ces personnes? **(Q3)**
- En comparaison avec l'approche « logement d'abord » couplée à des interventions d'intensité régulière, l'approche « logement d'abord » couplée à des interventions intensives ou à des services spécialisés permet-elle d'améliorer les conditions de vie de ces personnes? **(Q4)**
- Les effets de l'approche « logement d'abord » en termes de logement et d'itinérance varient-ils en fonction : a) du sexe; b) de la culture; c) de l'âge; et d) de la durée de la période d'itinérance (situationnelle, cyclique, chronique)? **(Q5)**
- Quelles sont les conséquences négatives de l'approche « logement d'abord »? **(Q6)**

Figure 2 Cadre d'analyse de la revue systématique



1.2 Stratégie de recherche d'information

La recherche d'information scientifique a été réalisée dans plusieurs bases de données (Current Contents Connect, PsycINFO, PubMed et Social Work Abstracts) et dans les moteurs de recherche sur le Web (Google, Google Scholar, sites gouvernementaux, etc.) afin que la littérature scientifique grise soit repérée. Les principaux mots clés utilisés sont les suivants : « housing first », « housing », « lodging », « homes », « homeless persons », « homeless youth », « mental disorders » et « substance-related disorders ». La recherche couvrait la période de janvier 2002 à juin 2013. De plus, à l'automne 2013, nous avons sélectionné un document supplémentaire en raison de sa pertinence pour le Québec [Latimer *et al.*, 2013]. Aucune limite relative au type de publication n'a été imposée à cette recherche. La stratégie documentaire est présentée à l'annexe A.

1.3 Critères de sélection des études

Toutes les études ont été sélectionnées sur la base de critères d'inclusion généraux quant à la population, l'intervention, le comparateur, les résultats et le contexte. Le type de publication a été spécifié selon que l'étude traitait de l'efficacité ou des conséquences négatives de l'approche « logement d'abord ». Pour évaluer l'efficacité, les études expérimentales (essais randomisés) et quasi expérimentales (avec groupe témoin) ont été retenues. Pour des considérations éthiques et cliniques, il a été impossible à certains chercheurs de faire une répartition aléatoire des

participants. C'est pourquoi il importe d'inclure les études quasi expérimentales [Larimer *et al.*, 2009; Leff *et al.*, 2009]. Le tableau 1 présente les critères d'inclusion et d'exclusion des études.

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques

CRITÈRES D'INCLUSION — ÉTUDES SCIENTIFIQUES	
POPULATION	Personnes en situation d'itinérance vivant avec un trouble mental ou un trouble lié aux substances psychoactives
INTERVENTION	Modèle/programme basé sur l'approche « logement d'abord », qui s'adresse aux personnes en situation d'itinérance
COMPARATEUR	Aucune précision
RÉSULTATS	- Efficacité des modèles ou programmes - Conséquences négatives des modèles ou programmes
CONTEXTE	Aucune précision
TYPES DE PUBLICATION	- Pour les études d'efficacité : - Revue systématique (avec ou sans méta-analyse) - Étude expérimentale - Étude quasi expérimentale avec groupe de comparaison - Pour les études sur les conséquences négatives : - Tous les types d'études (qualitatives, séries de cas, etc.) - Revue systématique (avec ou sans méta-analyse)
QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE	Moyenne et bonne
CRITÈRES D'EXCLUSION — ÉTUDES SCIENTIFIQUES	
POPULATION	Qui ne répond pas aux critères d'inclusion
INTERVENTION	- Modèle/programme de logement : - Selon lequel les usagers doivent être abstinents - Selon lequel les usagers doivent observer leur ordonnance médicale - Selon lequel les usagers doivent se soumettre à un traitement pour accéder au logement - En centre de dernier recours (refuge) - En communauté thérapeutique
TYPES DE PUBLICATION	- Étude économique ou coût-efficacité¹⁰ - Étude quasi expérimentale sans groupe de comparaison (pour l'efficacité)
QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE	Faible
LANGUE	Aucune précision¹¹

¹⁰ Les études économiques n'ont pas été incluses dans cette revue systématique, mais une liste de celles-ci est disponible à l'Annexe B.

¹¹ Il est à noter que des résumés en anglais de documents publiés dans une autre langue que l'anglais et le français étaient disponibles dans les banques de données. Une des revues systématiques sélectionnées était originalement rédigée en suédois, mais elle a été traduite [Larsen et Nordentoft, 2010].

1.4 Procédures de sélection des études, d'extraction des données et d'évaluation de la qualité

La sélection des articles répertoriés à l'occasion de la recherche d'information scientifique et l'évaluation de la qualité des études ont été faites de façon indépendante par deux examinateurs (IB, CAM). Par la suite, l'extraction des données a été réalisée par un examinateur (IB) et validée par un autre (CAM) à l'aide d'une grille d'extraction préétablie (voir annexe C). Dans tous les cas, les divergences d'opinions ont été réglées en considérant l'avis d'un troisième examinateur (JM).

Plusieurs outils ont été utilisés afin d'évaluer la qualité des études (voir annexe D) :

- l'outil CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) pour les revues systématiques;
- l'outil de Rutter et ses collègues [2010] pour les études empiriques (qualitatives et quantitatives).

L'applicabilité de ces systèmes dans le cadre de cette revue systématique a été testée, puis validée par entente interjuge (IB, SB). Une cote a été établie pour indiquer la qualité de chacune des études :

- faible (les conclusions de l'étude sont remises en question en raison de faiblesses et limites majeures);
- moyenne (les conclusions sont possiblement influencées par les faiblesses et les limites, mais celles-ci ne sont pas majeures et ne remettent pas en question l'ensemble des conclusions);
- bonne (il est peu probable que les conclusions de l'étude soient tributaires des faiblesses et des limites).

Les études de faible qualité ont été exclues. Dans la majorité des cas, la validité et l'utilité des résultats obtenus par les auteurs étaient remises en question en raison d'une information incomplète ou de limites majeures.

Un tableau d'extraction (voir annexe C) a été utilisé afin de consigner les données concernant la population (P), l'intervention (I), le comparateur (C), les résultats (O), les temps de suivi (T) et le contexte (S) des études retenues. De façon plus précise, les renseignements suivants ont été extraits :

- P : caractéristiques sociodémographiques, troubles mentaux, troubles liés aux substances psychoactives et problèmes de santé physique;
- I : modèle/programme basé sur l'approche « logement d'abord », le type de logement, l'intensité des interventions;
- C : si une intervention a été offerte aux personnes dans le groupe de comparaison, les caractéristiques de cette intervention sont rapportées;
- O : résultats concernant l'efficacité – temps passé en situation d'itinérance et en logement, santé mentale, consommation de substances psychoactives, santé physique, utilisation des services, qualité de vie et satisfaction, soutien social, emploi et revenus, participation à la vie dans la communauté, criminalité et incarcération – ou les conséquences négatives (peu importe le résultat);
- T : temps de suivi de l'étude en mois et durée du programme;

- S : villes/milieus où les programmes sont implantés, contexte politique – existence d’une politique en matière d’itinérance, par exemple.

1.5 Méthodes d’analyse et de synthèse des données

L'information provenant des études et revues systématiques est présentée sous la forme d’une synthèse narrative analytique. Les données analysées sont exposées en fonction de chacune des questions étudiées. Étant donné la diversité des interventions, des variables utilisées pour mesurer les dimensions et des échantillons des études, il nous a été impossible de réaliser une méta-analyse.

Certains documents découlent tous d’une même étude : les mêmes participants, parfois avec des échantillons de taille différente, parfois avec des temps de suivi différents. Dans ces cas-là, nous avons comptabilisé une seule étude et avons rapporté les résultats du document qui avait le plus grand échantillon ou la période de suivi la plus longue. Cette stratégie d’analyse vise à éviter de décupler les résultats provenant d’une même étude et, ainsi, à surestimer leur importance.

2 RÉSULTATS

2.1 Description des études repérées

La recherche de l'information dans les bases de données scientifiques a permis de répertorier 1 231 enregistrements. De ce nombre, 502 doublons ont été exclus. Les titres et résumés des 729 enregistrements restants ont été analysés et 586 ont été exclus puisqu'ils ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion. Les documents correspondant aux enregistrements retenus ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu de laquelle 101 documents ont été exclus. La qualité de 42 documents a été évaluée et 14 d'entre eux ont été exclus en raison de leur faible qualité. Au final, 28 documents ont été retenus – la figure E-1 illustre le processus de sélection des études sous forme de diagramme et l'annexe E présente la liste des documents qui ont été évalués et exclus, et les raisons de leur exclusion, ainsi que la liste des documents inclus :

- 3 revues systématiques, y inclus 1 méta-analyse;
- 5 études expérimentales (11 documents);
- 11 études quasi expérimentales avec des mesures avant et après l'intervention et un groupe de comparaison (11 documents);
- 2 études qualitatives (2 documents);
- 1 étude de série de cas (1 document).

Les 25 documents qui ne sont pas des revues systématiques proviennent de 19 études différentes. L'efficacité de l'approche « logement d'abord » a été évaluée dans 22 des 25 documents, alors que les conséquences négatives sont rapportées dans 5 documents [Collins *et al.*, 2012; Schutt, 2011; Stanhope *et al.*, 2009; Nelson *et al.*, 2007; Padgett, 2007]. La grande majorité des études a été réalisée aux États-Unis, à l'exception de deux (trois documents) qui l'ont été au Canada [Latimer *et al.*, 2013; Tan de Bibiana, 2013; Hwang *et al.*, 2011]. Les revues systématiques que nous avons retenues présentent elles aussi principalement des études américaines [Larsen et Nordentoft, 2010; Nelson *et al.*, 2007; Rog, 2004]. Par conséquent, certains programmes évalués dans ces études concernent plus particulièrement les anciens combattants, lesquels sont surreprésentés dans la population itinérante aux États-Unis [Rosenheck *et al.*, 2003].

Dans toutes les études sélectionnées, les programmes basés sur l'approche « logement d'abord » s'adressaient à des personnes en situation d'itinérance ayant des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances psychoactives. Certains des programmes ciblaient toutefois des populations particulières et sélectionnaient les usagers en fonction de leurs problématiques. C'est le cas, notamment, pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves [Schutt, 2011; Padgett *et al.*, 2010; McHugo *et al.*, 2004; Clark et Rich, 2003; Metraux *et al.*, 2003], les anciens combattants [Montgomery *et al.*, 2013], les itinérants chroniques [Hanratty, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Larimer *et al.*, 2009; Kessell *et al.*, 2006], les personnes souffrant de maladies chroniques [Sadowski *et al.*, 2009] et celles qui ont des troubles concomitants [Kessell *et al.*, 2006; Martinez et Burt, 2006]. Le programme d'une seule étude retenue concernait précisément les personnes ayant des troubles liés à la consommation d'alcool [Larimer *et al.*, 2009].

L'annexe F, tableau F-1 présente la description des douze documents qui découlent de dix études différentes dans lesquelles les personnes ayant eu accès à des programmes basés sur l'approche « logement d'abord » sont comparées à celles qui ont eu accès aux services usuels seulement (Q1). Parmi ces documents, huit proviennent d'études quasi expérimentales avec un groupe de comparaison, dont cinq sont de moyenne qualité [Hanratty, 2011; Hwang *et al.*, 2011; Gilmer *et al.*, 2010; Kessell *et al.*, 2006; Martinez et Burt, 2006] et trois de bonne qualité [Mares et Rosenheck, 2011; Larimer *et al.*, 2009; Metraux *et al.*, 2003]. Quatre autres documents provenant d'études expérimentales permettent aussi de répondre à la première question. Tous sont de bonne qualité [Tan de Bibiana, 2013; Basu *et al.*, 2012; Sadowski *et al.*, 2009], à l'exception d'un document de moyenne qualité tiré d'une présentation orale [Latimer *et al.*, 2013].

Deux documents découlent de l'évaluation du programme *Chicago Housing for Health Partnership* (CHHP) et ils diffèrent principalement quant aux dimensions étudiées (*outcomes*) [Basu *et al.*, 2012; Sadowski *et al.*, 2009]. Le CHHP est inspiré du modèle « Logement d'abord » de *Pathways to Housing* et il est caractérisé par trois composantes principales : un logement provisoire à la sortie de l'hôpital, un logement permanent subventionné par l'État dans un édifice réservé et, en parallèle, un soutien d'intensité variable offert par les intervenants sur place. Les usagers de ce programme doivent rencontrer un intervenant environ deux fois par semaine. L'efficacité du CHHP a été comparée à celle de l'accès aux services usuels; les personnes ont alors été orientées vers un travailleur social, mais elles devaient elles-mêmes amorcer et maintenir les contacts. Aucun service standard ne leur était offert.

Deux documents proviennent de l'étude du projet Chez soi, lequel teste le modèle « Logement d'abord » de *Pathways to Housing* [Latimer *et al.*, 2013; Tan de Bibiana, 2013]. Les deux documents présentent les résultats pour des sites différents. Le projet Chez soi a été implanté dans cinq villes canadiennes (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton), mais les résultats disponibles au moment de la rédaction de cette revue systématique étaient ceux du site de Vancouver pour les dimensions liées à l'utilisation des services [Tan de Bibiana, 2013] et du site de Montréal pour plusieurs autres dimensions [Latimer *et al.*, 2013]. Comme il s'agit de la même étude, mais que les participants ne sont pas les mêmes puisqu'ils viennent de villes différentes, ces deux documents seront rapportés séparément dans les résultats. Dans le projet Chez soi, le niveau de besoin de tous les participants a d'abord été précisé : selon la sévérité de leurs troubles mentaux et du diagnostic, leur fonctionnement social et leur historique d'utilisation des services, ils pouvaient être considérés comme ayant des besoins élevés ou modérés [Tan de Bibiana, 2013]. Ils ont par la suite été affectés de façon aléatoire au groupe expérimental ou au groupe témoin. Les personnes du groupe expérimental ont eu accès à un logement permanent directement au sortir de la rue. L'accent était mis sur le choix de la personne; c'est pourquoi elle déterminait elle-même les caractéristiques du logement qu'elle souhaitait obtenir. À Montréal, le personnel était séparé selon qu'il travaillait dans l'équipe logement ou dans l'équipe mobile d'intervenants. Un suivi intensif dans la communauté ou un soutien d'intensité variable étaient offerts aux usagers selon qu'ils présentaient des besoins élevés (suivi intensif dans la communauté) ou des besoins modérés (soutien d'intensité variable) [Latimer *et al.*, 2013]. À Vancouver, une troisième modalité était établie : un édifice avec des logements réservés pour les participants, dans lequel une équipe fixe d'intervenants était sur place pour offrir un suivi intensif dans la communauté (version modifiée) [Tan de Bibiana, 2013]. Le groupe expérimental de Vancouver regroupait les participants qui ont eu accès tant aux logements réservés dans un édifice (avec équipe fixe d'intervenants) qu'aux appartements indépendants privés (équipe mobile d'intervenants). Les participants du groupe témoin ont eu

accès aux services usuels seulement et ils n'ont bénéficié d'aucune intervention particulière, dans aucune des deux villes.

Les autres documents proviennent tous d'études uniques. Les auteurs de deux d'entre elles ont évalué l'efficacité de programmes basés sur l'approche « logement d'abord » (*Full-Service Partnership* et *Heading Home Hennepin's Housing First*) dans lesquels les équipes d'intervenants étaient mobiles puisque les logements étaient indépendants les uns des autres [Hanratty, 2011; Gilmer *et al.*, 2010]. Dans quatre autres études, les personnes étaient logées dans des édifices réservés où une équipe fixe d'intervenants était sur place [Hwang *et al.*, 2011; Larimer *et al.*, 2009; Kessell *et al.*, 2006; Martinez et Burt, 2006], alors que dans les deux dernières études le type de logement variait [Mares et Rosenheck, 2011; Metraux *et al.*, 2003]. L'intensité des interventions diffère d'une étude à l'autre. Les participants des groupes témoins ont tous eu accès aux services usuels, mais certains étaient inscrits sur les listes d'attente des programmes [Hwang *et al.*, 2011; Larimer *et al.*, 2009; Kessell *et al.*, 2006; Martinez et Burt, 2006] alors que d'autres ont été sélectionnés parce qu'ils avaient fréquenté au moins une fois un refuge public [Hanratty, 2011; Metraux *et al.*, 2003].

L'annexe F, tableau F-2 présente la description des six documents qui découlent de trois études dans lesquelles un programme basé sur l'approche « logement d'abord » est comparé à des interventions psychosociales traditionnelles (Q2). Quatre de ces documents proviennent d'une étude expérimentale et ils diffèrent principalement quant aux temps de suivi. De ceux-ci, trois ont été évalués comme étant de bonne qualité [Padgett *et al.*, 2010; Tsemberis *et al.*, 2004; Tsemberis *et al.*, 2003] et un de moyenne qualité [Gulcur *et al.*, 2003]. Les autres documents sont tirés de deux études quasi expérimentale ayant utilisé des groupes de comparaison et ils sont de bonne qualité [Montgomery *et al.*, 2013; Clark et Rich, 2003].

Quatre des documents proviennent de l'étude *Pathways to Housing* sur le modèle « logement d'abord » [Padgett *et al.*, 2010; Tsemberis *et al.*, 2004; Gulcur *et al.*, 2003; Tsemberis *et al.*, 2003]. Les temps de suivi sont différents dans chacun des documents, de même que certaines des dimensions étudiées (*outcomes*). Dans cette étude, les participants du groupe expérimental ont eu accès à des logements permanents, majoritairement privés (au choix de la personne) et ils étaient soutenus à la fois par une équipe de professionnels spécialisés en logement et par une équipe mobile d'intervenants. Du suivi intensif dans la communauté leur était offert par les intervenants (voir la section "L'approche « logement d'abord » et la rencontre d'experts" de l'introduction pour plus de détails sur le modèle « logement d'abord » *Pathways to Housing*). Les personnes du groupe expérimental ont quant à elles eu accès à un programme de logement basé sur l'approche du « traitement d'abord », c'est-à-dire qu'elles devaient être stables sur les plans de leur santé mentale et de leur consommation avant d'accéder à un logement et de pouvoir le conserver.

Dans l'étude de Clark et Rich [2003], des personnes en situation d'itinérance ont eu accès à des programmes basés sur l'approche « logement d'abord » (groupe expérimental) dans lesquels l'accès au logement était garanti, des services de toutes sortes étaient disponibles (notamment la gestion de la médication ou de l'argent) et un soutien d'intensité variable était offert. Les participants du groupe témoin ont quant à eux eu accès uniquement à du soutien d'intensité variable (gestion de la médication, assistance pour trouver et obtenir un logement et orientation vers d'autres services) et à des services de proximité durant une courte période. L'ensemble des personnes constituant l'échantillon présentaient des troubles mentaux graves et la moitié avaient en plus un trouble secondaire lié aux substances psychoactives. Les participants ont été subdivisés en fonction de la gravité de ces troubles; selon la sévérité de leurs symptômes

psychiatriques, le nombre de jours de consommation d'alcool et le nombre de jours de consommation de drogues, ils ont été considérés comme ayant des troubles concomitants légers, modérés ou graves.

Dans l'étude de Montgomery et ses collègues [2013], tous les participants étaient inscrits au programme *Housing and Urban Development – Veterans Affairs Supportive Housing (HUD-VASH)* implanté dans plusieurs États américains. Dans un des sites, l'approche « logement d'abord » était spécialement favorisée (site expérimental), alors que dans les autres sites une approche plus linéaire était sous-jacente aux interventions (sites témoins). Le programme habituel HUD-VASH offre un soutien d'intensité variable, mais les usagers doivent obtenir une subvention avant de commencer la recherche d'un logement. De plus, l'obtention de cette subvention dépend généralement de la stabilité des personnes en termes de santé mentale et de consommation de substances psychoactives; elles doivent d'ailleurs signer un plan de traitement à leur admission au programme [Tsai *et al.*, 2011].

La comparaison de l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe mobile d'intervenants avec l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants a été réalisée dans deux études présentées à l'annexe F, tableau F-3 (Q3). Ces deux études sont expérimentales. Deux des documents ont été jugés de bonne qualité [Montgomery *et al.*, 2013; Schutt, 2011] et l'autre de moyenne qualité [Caplan *et al.*, 2006].

Les effets du *Boston McKinney Project* sur les personnes en situation d'itinérance ayant des troubles mentaux graves ont été publiés dans deux documents différents. Caplan et ses collègues [2006] ont d'abord fait connaître les effets du programme sur la santé mentale, alors que Schutt [2011] a présenté des résultats pour l'ensemble des dimensions étudiées, tant d'un point de vue quantitatif qu'ethnographique. Les personnes qui ont participé à ce projet ont tous eu accès à un programme basé sur l'approche « logement d'abord » et à du suivi d'intensité variable (version modifiée). Elles devaient aussi consacrer 30 % de leur revenu à leur logement et respecter des règles de base minimales (ne pas fumer dans son lit et ne pas consommer de drogues dans les logements). Les usagers du groupe expérimental étaient logés dans des maisons de groupe dans lesquelles des équipes d'intervenants étaient sur place en tout temps. Les usagers du groupe témoin étaient, quant à eux, logés dans des appartements indépendants et ils étaient suivis par une équipe mobile d'intervenants.

McHugo et ses collègues [2004] ont eux aussi comparé les effets de deux programmes « logement d'abord » dans lesquels les usagers ont eu accès à des logements dans un édifice réservé où les intervenants étaient sur place ou à des logements privés où l'équipe d'intervenants était indépendante des logements. Les auteurs font référence à des services intégrés au logement lorsque les équipes d'intervenants sont liées aux logements (équipe fixe d'intervenants), alors qu'ils font référence à des services parallèles lorsque les logements et les équipes d'intervenants sont indépendants (équipe mobile d'intervenants).

L'annexe F, tableau F-4 présente la description d'une étude quasi expérimentale de bonne qualité dans laquelle deux programmes basés sur l'approche « logement d'abord » mais qui varient en termes d'intensité de services sont comparés [Burt, 2012] (Q4). Cette étude a été évaluée comme étant de bonne qualité. Dans le programme LA's HOPE (groupe expérimental), les usagers ont eu accès à des logements permanents, à du soutien d'intensité variable et à de l'assistance pour le logement, en plus de recevoir des services spécialisés en emploi. Dans le programme AB2034 (groupe témoin), les usagers ont seulement reçu de l'assistance et du soutien au logement et ils n'ont pas eu accès aux services spécialisés en emploi.

L'annexe F, tableau F-5 présente la description de trois documents dans lesquels les auteurs traitent des conséquences négatives de l'approche « logement d'abord » (Q6). Les deux études qualitatives ont été évaluées comme étant de bonne qualité [Collins *et al.*, 2012; Padgett, 2007]. Elles proviennent toutes les deux d'études plus vastes de nature expérimentale [Tsemberis *et al.*, 2003] ou quasi expérimentale [Larimer *et al.*, 2009]. L'étude de série de cas a été évaluée comme étant de moyenne qualité [Stanhope *et al.*, 2009]. Il est à noter que les conséquences négatives sont aussi rapportées dans une autre étude [Schutt, 2011] et dans une revue systématique [Nelson *et al.*, 2007].

Dans leur étude qualitative, Collins et ses collègues [2012] ont observé les interactions entre le personnel et l'ensemble des usagers du programme *1811 Eastlake* basé sur l'approche « logement d'abord » et ils ont réalisé des entrevues semi-dirigées avec 17 des usagers¹². En utilisant cette méthodologie qualitative, les auteurs ont voulu savoir comment les usagers avaient vécu la transition de la rue vers le logement et ils ont souhaité connaître les expériences vécues au jour le jour par ces personnes inscrites au programme basé sur l'approche « logement d'abord ».

Padgett [2007] a aussi réalisé des entrevues qualitatives avec 39 personnes qui avaient participé à l'étude *Pathways to Housing*, en tant que participants du groupe expérimental ou du groupe témoin. Cet auteur s'est intéressé à la signification que donnent les personnes au concept de « maison » sous l'angle de la sécurité ontologique, c'est-à-dire la conception qu'une maison est un endroit stable où les activités quotidiennes routinières se déroulent, dans lequel les gens ont le sentiment d'avoir le contrôle sur leur vie et se sentent en sécurité.

Dans leur étude de série de cas, Stanhope et ses collègues [2009] se sont intéressés aux stratégies coercitives employées par les gestionnaires de cas dans un programme basé sur l'approche « logement d'abord ». Ils ont analysé 70 rencontres entre les gestionnaires de cas et les usagers du programme. Cette étude est basée sur l'hypothèse selon laquelle le sentiment d'avoir le choix et de déterminer ses propres objectifs peut être influencé négativement par la pression que peuvent exercer certains intervenants lorsqu'ils se trouvent devant des personnes réticentes aux interventions.

Enfin, l'annexe F, tableau F-6 présente la description des trois revues systématiques, dont une a été évaluée comme étant de bonne qualité [Nelson *et al.*, 2007] et les autres comme étant de moyenne qualité [Larsen et Nordentoft, 2010; Rog, 2004]. Celle réalisée par Larsen et Nordentoft [2010] rapporte les résultats de 22 essais cliniques randomisés, dont 9 traitent de l'approche « logement d'abord ». Cette revue systématique aborde les questions Q1 (quatre études), Q2 (une étude) et Q3 (quatre études). Nelson et ses collègues [2007] ont quant à eux réalisé une méta-analyse dans laquelle 18 études expérimentales et quasi expérimentales ont été retenues. Sept de celles-ci traitaient du logement et ont permis de répondre aux questions Q1 (une étude), Q2 (cinq études), Q3 (une étude), Q5 (1 étude) et Q6 (deux études). Les dix études retenues dans la revue systématique de Rog [2004] traitaient uniquement de l'approche « logement d'abord » relativement à des personnes ayant des troubles mentaux graves. Cette revue systématique aborde les questions Q1 (2 études), Q2 (2 études), Q3 (2 études) et Q4 (3 études).

¹² Ils ont aussi constitué des groupes de discussion avec les membres du personnel, recueilli les notes de suivi de ces personnes ainsi que la documentation sur les règles du programme *1811 Eastlake*. Seules les données provenant des usagers ou qui concernaient directement les usagers sont rapportées dans cette revue systématique compte tenu de la population ciblée par celle-ci.

2.1.1 Dimensions mesurées

Les dimensions mesurées pour évaluer les conditions de vie sont variées. Nous les présentons brièvement ici.

Les effets de l'approche « logement d'abord » sur l'itinérance et le logement ont été évalués dans trois revues systématiques [Larsen et Nordentoft, 2010; Nelson *et al.*, 2007; Rog, 2004], dans cinq études expérimentales [Latimer *et al.*, 2013; Schutt, 2011; Padgett *et al.*, 2010; Sadowski *et al.*, 2009; McHugo *et al.*, 2004] et dix études quasi expérimentales [Montgomery *et al.*, 2013; Burt, 2012; Hanratty, 2011; Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Gilmer *et al.*, 2010; Larimer *et al.*, 2009; Martinez et Burt, 2006; Clark et Rich, 2003; Metraux *et al.*, 2003]. Les indicateurs utilisés pour mesurer l'itinérance sont liés au temps passé dans la rue ou dans un refuge et ceux pour le logement sont associés au temps passé dans un logement ou à la stabilité résidentielle. Des données administratives ont été utilisées dans cinq études [Montgomery *et al.*, 2013; Burt, 2012; Hanratty, 2011; Gilmer *et al.*, 2010; Metraux *et al.*, 2003] et les autres ont toutes employé des données autorapportées.

Les effets de l'approche « logement d'abord » sur la santé mentale ont été traités dans deux revues systématiques [Larsen et Nordentoft, 2010; Nelson *et al.*, 2007], cinq études expérimentales [Latimer *et al.*, 2013; Schutt, 2011; Padgett *et al.*, 2010; Sadowski *et al.*, 2009; McHugo *et al.*, 2004] et trois études quasi expérimentales [Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Clark et Rich, 2003]. Les indicateurs utilisés pour mesurer la santé mentale sont variés : nombre de symptômes psychiatriques, état de la santé mentale, sévérité des problèmes de santé mentale, fonctionnement neuropsychologique, détresse psychologique, etc.

Les effets de l'approche « logement d'abord » sur la consommation de substances psychoactives ont été traités dans quatre études expérimentales [Latimer *et al.*, 2013; Schutt, 2011; Padgett *et al.*, 2010; McHugo *et al.*, 2004] et quatre études quasi expérimentales [Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Larimer *et al.*, 2009; Clark et Rich, 2003]. Pour mesurer la consommation de substances psychoactives, des indicateurs de sévérité des problèmes de consommation ou de fréquence de consommation ont généralement été utilisés. Toutes les études ont utilisé des données autorapportées.

Les effets de l'approche « logement d'abord » sur la santé physique des participants ont été évalués dans deux études expérimentales [Latimer *et al.*, 2013; Sadowski *et al.*, 2009] et deux études quasi expérimentales [Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011]. Dans ces études, l'indicateur utilisé pour mesurer la santé physique est lié aux perceptions qu'ont les participants de leur propre santé et à leur capacité de faire des activités physiques.

Les effets de l'approche « logement d'abord » sur l'utilisation des services ont été abordés dans deux revues systématiques [Nelson *et al.*, 2007; Rog, 2004], six études expérimentales [Latimer *et al.*, 2013; Tan de Bibiana, 2013; Schutt, 2011; Padgett *et al.*, 2010; Sadowski *et al.*, 2009; McHugo *et al.*, 2004] et huit études quasi expérimentales [Montgomery *et al.*, 2013; Hanratty, 2011; Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Gilmer *et al.*, 2010; Larimer *et al.*, 2009; Kessell *et al.*, 2006; Martinez et Burt, 2006]. Pour mesurer l'utilisation des services, des données administratives ont servi dans plus de la moitié des études [Montgomery *et al.*, 2013; Tan de Bibiana, 2013; Hanratty, 2011; Gilmer *et al.*, 2010; Larimer *et al.*, 2009; Sadowski *et al.*, 2009; Kessell *et al.*, 2006; Martinez et Burt, 2006] et des données autorapportées ont été utilisées dans les autres études. L'utilisation de divers services a été mesurée : les hospitalisations, les séjours en traitement résidentiel, les visites dans les urgences hospitalières, les consultations médicales pour des problèmes de santé physique et le suivi des traitements à l'externe pour des troubles

mentaux ou des troubles liés aux substances psychoactives. Les auteurs ont généralement mesuré l'utilisation des services à l'aide d'indicateurs comme le nombre de fois que ces services ont été utilisés, le nombre de séjours dans les services ou le nombre de jours passés dans ces services et la proportion de participants utilisateurs.

Les effets des programmes basés sur l'approche « logement d'abord » sur l'emploi et les revenus sont évalués dans trois études quasi expérimentales [Burt, 2012; Mares et Rosenheck, 2011; Gilmer *et al.*, 2010]. Les revenus et l'emploi sont mesurés par le nombre de jours en situation d'emploi, la proportion de participants ayant un emploi, le revenu moyen et les sources des revenus.

Comme la qualité de vie et la satisfaction quant à divers aspects de la vie sont régulièrement traitées l'une avec l'autre dans les études sélectionnées, nous les avons regroupées. Ces dimensions ont été abordées dans une revue systématique [Nelson *et al.*, 2007], quatre études expérimentales [Latimer *et al.*, 2013; Schutt, 2011; Padgett *et al.*, 2010; McHugo *et al.*, 2004] et trois études quasi expérimentales [Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Gilmer *et al.*, 2010]. Les auteurs ont utilisé des échelles de qualité de vie et de satisfaction générale ou des échelles liées à plusieurs dimensions de la vie des personnes (telles que leur logement ou leur entourage).

Les effets de l'approche « logement d'abord » sur le soutien social ont été évalués dans une revue systématique [Nelson *et al.*, 2007] et une étude quasi expérimentale [Mares et Rosenheck, 2011]. Dans ces études, le soutien social est généralement mesuré par le nombre de personnes que les participants considèrent comme étant disponibles pour leur venir en aide.

Les effets de l'approche « logement d'abord » sur la participation à la vie dans la communauté ont été évalués dans deux études expérimentales [Latimer *et al.*, 2013; Schutt, 2011] et une étude quasi expérimentale [Mares et Rosenheck, 2011]. Les participants aux études devaient généralement indiquer s'ils prenaient part à des activités communes (faire l'épicerie, lire le journal, aller au cinéma, etc.) et s'ils connaissaient leur voisinage. Le fonctionnement social fait aussi référence à cette dimension [Latimer *et al.*, 2013].

La criminalité et l'incarcération des personnes ont été mesurées dans une revue systématique [Nelson *et al.*, 2007], deux études expérimentales [Latimer *et al.*, 2013; Sadowski *et al.*, 2009] et deux études quasi expérimentales [Hanratty, 2011; Larimer *et al.*, 2009]. À l'aide de données officielles [Hanratty, 2011; Sadowski *et al.*, 2009] et de données autorapportées [Latimer *et al.*, 2013], les auteurs ont mesuré les arrestations, les accusations et les condamnations auxquelles ont fait face les participants de même que le temps qu'ils ont passé dans les établissements carcéraux.

Enfin, les auteurs de deux études se sont aussi intéressés à la victimisation des participants [Latimer *et al.*, 2013; McHugo *et al.*, 2004]. Des échelles de victimisation violente autorapportée ont été utilisées afin mesurer cette dimension.

2.2 Résultats – L’efficacité de l’approche « logement d’abord »

Les premières analyses réalisées portent sur l’efficacité de l’approche « logement d’abord ». Les résultats sont présentés de façon distincte pour chacune des questions clés.

2.2.1 Comparaison entre l’approche « logement d’abord » et l’accès aux services usuels

Les effets de l’approche « logement d’abord » ont été comparés à ceux de l’accès aux services usuels seulement (Q1) dans trois revues systématiques [Larsen et Nordentoft, 2010; Nelson *et al.*, 2007; Rog, 2004], trois études expérimentales [Latimer *et al.*, 2013; Tan de Bibiana, 2013; Sadowski *et al.*, 2009] et sept études quasi expérimentales [Hanratty, 2011; Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Larimer *et al.*, 2009; Kessell *et al.*, 2006; Martinez et Burt, 2006; Metraux *et al.*, 2003] (tableau 2 et tableau 3).

Les principaux résultats en faveur de l’approche « logement d’abord » sont liés au temps passé en situation d’itinérance et dans un logement (tableau 2). L’ensemble des études dans lesquelles les effets de l’approche « logement d’abord » ont été évalués d’après ces mesures montre que les participants aux programmes basés sur l’approche « logement d’abord » passent plus de temps dans un logement et moins en situation d’itinérance que les personnes qui ont eu accès aux services usuels seulement [Hanratty, 2011; Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Larimer *et al.*, 2009; Sadowski *et al.*, 2009; Metraux *et al.*, 2003]¹³.

Les résultats concernant la criminalité des usagers sont aussi, en partie, en faveur de l’approche « logement d’abord » (tableau 2) [Latimer *et al.*, 2013; Hanratty, 2011; Sadowski *et al.*, 2009]. Les auteurs présentent toutefois des résultats hétérogènes et certains n’observent pas de différence significative entre les groupes. Dans l’étude de Latimer et ses collègues [Latimer *et al.*, 2013], les participants au projet Chez soi ayant des besoins élevés et ayant eu accès au « logement d’abord » ont présenté une diminution plus marquée du nombre d’accusations à la fin de la période à l’étude que ceux ayant eu accès aux services usuels seulement. Cette différence n’a toutefois pas été décelée pour les participants ayant des besoins modérés. Le nombre d’arrestations était, de plus, équivalent chez les participants des deux groupes. Sadowski et ses collègues [2009] montrent eux aussi que le nombre d’arrestations est le même pour les participants des deux groupes, mais que les participants au programme « logement d’abord » ont été moins nombreux que ceux qui ont eu accès aux services usuels seulement à être condamnés pour des délits pendant tout le temps qu’a duré l’étude. Au contraire, dans l’étude de Hanratty [2011], les usagers du groupe expérimental ont été moins souvent arrêtés que les autres au cours des derniers mois de suivi (12 et 18 mois).

Les résultats concernant les incarcérations sont aussi mitigés (tableau 2). Hanratty [2011] montre ainsi que les personnes ayant eu accès à un « logement d’abord » ont été moins souvent incarcérées que celles ayant eu accès aux services usuels seulement. Sadowski et ses collègues [2009] obtiennent des résultats similaires, mais seulement concernant les périodes d’incarcération dans les prisons d’État ou fédérales (pas pour les prisons municipales et de comté). Deux autres études montrent plutôt que l’ensemble des participants ont été incarcérés aussi souvent et aussi longtemps, quel que soit leur groupe [Latimer *et al.*, 2013;

¹³ Martinez et Burt [2006] et Gilmer et ses collègues [2010] ont aussi traité de cette dimension, mais ils n’ont pas comparé le groupe témoin au groupe expérimental selon les indicateurs de logement et d’itinérance. Leurs résultats ne sont donc pas rapportés dans le tableau 2.

Larimer *et al.*, 2009].

Les effets de l'approche « logement d'abord » sur la qualité de vie et la satisfaction sont aussi mitigés (tableau 2). Dans la moitié des études qui ont mesuré ces dimensions, les usagers ayant eu accès au « logement d'abord » présentent une qualité de vie et une satisfaction équivalentes à ceux qui ont eu accès aux services usuels seulement [Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011]. Au contraire, selon les deux autres études [Latimer *et al.*, 2013; Gilmer *et al.*, 2010], les personnes qui ont eu accès à l'approche « logement d'abord » avaient une meilleure qualité de vie et présentaient une plus grande satisfaction que les autres. Toutefois, Latimer et ses collègues [2013] obtiennent ces résultats pour les participants qui avaient des besoins modérés seulement; aucune différence significative n'a été décelée pour ceux qui avaient des besoins élevés.

De façon similaire, les effets des programmes sur la participation à la vie dans la communauté diffèrent d'une étude à l'autre (tableau 2). C'est ainsi que les personnes ayant eu accès au « logement d'abord » dans l'étude de Latimer et ses collègues [2013] présentaient un fonctionnement social supérieur à celui des participants du groupe témoin à la fin de la période à l'étude, alors que les participants des deux groupes avaient participé de façon similaire à la vie dans leur communauté selon l'étude de Mares et Rosenheck [2011].

D'autres résultats montrent plutôt que l'approche « logement d'abord » n'a pas davantage d'effets sur la santé mentale [Latimer *et al.*, 2013; Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Sadowski *et al.*, 2009], la santé physique [Latimer *et al.*, 2013; Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Sadowski *et al.*, 2009] et la consommation de substances psychoactives¹⁴ [Latimer *et al.*, 2013; Hwang *et al.*, 2011; Mares et Rosenheck, 2011] que l'accès aux services usuels (tableau 2). Les résultats de l'étude de Hwang et ses collègues [2011] peuvent porter à confusion : les participants ayant eu accès au programme basé sur l'approche « logement d'abord » présentaient un moins bon état de santé mentale et une consommation moins problématique de substances psychoactives que ceux qui avaient eu accès aux services usuels seulement. Ces différences étaient toutefois présentes dès le début de l'étude; la santé mentale et la consommation des participants sont donc demeurées stables tout au long de l'étude.

Mares et Rosenheck [2011] ont aussi évalué les effets de l'approche « logement d'abord » sur les revenus et le soutien social, mais ils sont les seuls à avoir mesuré ces dimensions¹⁵. Au cours de l'étude, les participants au programme basé sur l'approche « logement d'abord » étaient plus nombreux à avoir obtenu un soutien financier provenant de l'État que ceux qui avaient eu accès aux services usuels seulement. Ils avaient toutefois tout autant de soutien social les uns que les autres. Latimer et ses collègues [2013] sont les seuls à avoir mesuré la victimisation. Les participants au projet Chez soi, qui avaient des besoins élevés et qui ont eu accès à l'approche « logement d'abord », ont été moins victimisés que ceux qui avaient eu accès aux services usuels. Aucune différence n'a cependant été détectée entre les participants des deux groupes qui présentaient des besoins modérés.

¹⁴ Larimer et ses collègues [2009] ont traité de cette dimension, mais ils n'ont pas comparé le groupe témoin au groupe expérimental. Les résultats ne sont donc pas rapportés dans le tableau 2.

¹⁵ Gilmer et ses collègues [2010] ont aussi mesuré les revenus des participants, mais ils n'ont pas comparé le groupe témoin au groupe expérimental. Les résultats ne sont donc pas rapportés ici.

Tableau 2 Principaux résultats des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » est comparée à l'accès aux services usuels (Q1)

DIFFÉRENCES ENTRE LE GROUPE EXPÉRIMENTAL ET LE GROUPE DE COMPARAISON? ^{1,2}								
AUTEURS [ANNÉE]	LOGEMENT ET ITINÉRAIRE	SANTÉ MENTALE	CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	SANTÉ PHYSIQUE	QUALITÉ DE VIE ET SATISFACTION	CRIMINALITÉ	INCARCÉRATION	PARTICIPATION À LA VIE DANS LA COMMUNAUTÉ
Gilmer <i>et al.</i>, 2010 N = 363	–	–	–	–	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	–	–
Hanratty, 2011 N = 528	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	–	–	–	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. exp.)	–
Hwang <i>et al.</i>, 2011 N = 112	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. témoin, mais idem au T0)	Oui (en faveur du gr. témoin, mais idem au T0)	Non	Non	–	–	–
Larimer <i>et al.</i>, 2009 N = 134	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	–	–	–	–	Non	–
Latimer <i>et al.</i>, 2013 N = 469	Oui (en faveur du gr. exp.)	Non	Non	Non	Oui (en faveur du gr. exp. mais besoins modérés seulement)	Résultats mitigés (dépendent de la mesure)	Non	Oui (en faveur du gr. exp.)
Mares et Rosenheck, 2011 N = 385	Oui (en faveur du gr. exp.)	Non	Non	Non	Non	–	–	Non
Metraux <i>et al.</i>, 2003 N = 3167	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	–	–	–	–	–	–
Sadowski <i>et al.</i>, 2009; Basu <i>et al.</i>, 2012 N = 405	Oui (en faveur du gr. exp.)	Non	–	Non	–	Résultats mitigés (dépendent de la mesure)	Résultats mitigés (dépendent de la mesure)	–

¹ Gr. exp. = Groupe expérimental

² Gr. témoin = Groupe témoin

Tableau 3 Résultats sur l'utilisation des services provenant des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » est comparée à l'accès aux services usuels (Q1)

DIFFÉRENCES ENTRE LE GROUPE EXPÉRIMENTAL ET LE GROUPE DE COMPARAISON? ^{1,2}						
AUTEURS [ANNÉE]	HOSPITALISATION	TRAITEMENT RÉSIDENTIEL POUR ABUS SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	URGENCES HOSPITALIÈRES	SERVICES EXTERNES : SANTÉ PHYSIQUE	SERVICES EXTERNES : SANTÉ MENTALE	SERVICES EXTERNES : ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
Gilmer <i>et al.</i>, 2010 N = 363	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	–	–
Hwang <i>et al.</i>, 2011 N = 112	Non	–	Non	Non	–	–
Kessell <i>et al.</i>, 2006 N = 249	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Larimer <i>et al.</i>, 2009 N = 134	–	Non	Non	Non	–	–
Tan de Bibiana, 2013 N = 382	–	–	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	–	–
Mares et Rosenheck, 2011 N = 385	–	–	–	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. exp.)
Martinez et Burt, 2006 N = 236	Non	–	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	–	–
Sadowski <i>et al.</i>, 2009; Basu <i>et al.</i>, 2012 N = 405	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. exp.)

¹ Gr. exp. = Groupe expérimental

² Gr. témoin = Groupe témoin

Les effets du « logement d'abord » sur l'utilisation des services, en comparaison avec l'accès aux services usuels seulement, sont particulièrement hétérogènes (tableau 3). Les auteurs de moins de la moitié des études rapportent que les participants de l'approche « logement d'abord » ont été hospitalisés moins souvent que ceux qui ont eu accès aux services usuels (dimension mesurée dans cinq études) [Gilmer *et al.*, 2010; Sadowski *et al.*, 2009] et qu'ils ont fait des séjours en traitement résidentiel moins longs (dimension mesurée dans trois études) [Sadowski *et al.*, 2009]. Plus de la moitié des auteurs rapportent toutefois que les usagers qui ont eu accès à l'approche « logement d'abord » sont allés moins souvent aux urgences hospitalières que ceux qui ont eu accès aux services usuels seulement (dimension mesurée dans sept études) [Tan de Bibiana, 2013; Gilmer *et al.*, 2010; Sadowski *et al.*, 2009; Martinez et Burt, 2006].

Les résultats concernant l'utilisation des services externes en cas de problèmes de santé physique, de santé mentale ou de consommation de substances psychoactives peuvent porter à confusion. Effectivement, les différences significatives détectées montrent que les participants des groupes expérimentaux utilisent davantage ce type de services. Ces résultats signifient en réalité qu'ils consultent assez rapidement pour ne pas avoir à être hospitalisés [Sadowski *et al.*, 2009]. Dans deux études, les personnes qui ont eu accès à l'approche « logement d'abord » rapportent ainsi utiliser plus souvent les services externes pour résoudre des problèmes physiques, mentaux ou liés à leur consommation de substances psychoactives [Mares et Rosenheck, 2011; Sadowski *et al.*, 2009] que ceux qui ont eu accès aux services usuels seulement. Quant à la santé physique, les auteurs de trois autres études mentionnent toutefois n'avoir détecté aucune différence dans l'utilisation des services à l'externe [Hwang *et al.*, 2011; Larimer *et al.*, 2009; Kessell *et al.*, 2006].

2.2.2 Comparaison entre l'approche « logement d'abord » et les interventions psychosociales traditionnelles

Les effets de modèles et programmes basés sur l'approche « logement d'abord » ont été comparés à ceux d'interventions psychosociales traditionnelles (Q2) dans trois revues systématiques [Larsen et Nordentoft, 2010; Nelson *et al.*, 2007; Rog, 2004] et dans trois études (tableau 4) [Montgomery *et al.*, 2013; Padgett *et al.*, 2010; Clark et Rich, 2003].

Dans ces trois études, les personnes qui ont eu accès à un programme basé sur l'approche « logement d'abord » ont passé moins de temps en situation d'itinérance et plus de temps dans un logement que celles qui ont fait l'objet d'interventions psychosociales traditionnelles (soutien d'intensité variable ou programme basé sur l'approche « traitement d'abord »). Clark et Rich [2003] montrent toutefois que ce sont précisément les personnes ayant des troubles mentaux graves et une forte consommation de substances psychoactives qui ont bénéficié de l'approche « logement d'abord »; celles qui sont aux prises avec des troubles concomitants légers ou modérés ont toutes passé le même temps en situation d'itinérance et dans un logement, qu'elles aient eu accès à l'une ou l'autre des interventions.

Les auteurs des deux études dans lesquelles la santé mentale et la consommation de substances psychoactives par les participants ont été mesurées obtiennent les mêmes résultats [Padgett *et al.*, 2010; Clark et Rich, 2003]. Pour ces deux dimensions, aucune différence entre les participants des groupes expérimentaux et des groupes témoins n'a été détectée : on a observé que leur santé mentale et leur consommation de substances psychoactives étaient semblables tout au long de l'étude, qu'ils aient eu accès à un programme basé sur l'approche « logement d'abord » ou à des interventions dites traditionnelles.

Tableau 4 Résultats des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » est comparée à des interventions psychosociales traditionnelles (Q2)

DIFFÉRENCES ENTRE LE GROUPE EXPÉRIMENTAL ET LE GROUPE DE COMPARAISON? ^{1,2}								
AUTEURS [ANNÉE]	LOGEMENT ET ITINÉRANCE	SANTÉ MENTALE	CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	QUALITÉ DE VIE ET SATISFACTION	HOSPITALISATION	SERVICES INTERNES : SANTÉ MENTALE	URGENCES HOSPITALIÈRES	TRAITEMENT POUR ABUS SUBSTANCES PSYCHOACTIVES OU TROUBLE MENTAL
Clark et Rich, 2003 N = 152	Oui (en faveur du gr. exp. pour TC sévères)	Non	Non	–	–	–	–	–
Montgomery et al., 2013 N = 177	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	–	–	–	Oui (en faveur du gr. témoin)	Non	–
Padgett et al., 2010; Gulcur et al., 2003; Tsemberis et al., 2004; Tsemberis et al., 2003 N = 225	Oui (en faveur du gr. exp.)	Non	Non	Non	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	–	Oui (en faveur du gr. exp.)

¹ Gr. exp. = Groupe expérimental

² Gr. témoin = Groupe témoin

Les effets de l'approche « logement d'abord » sur la qualité de vie et l'utilisation des divers services ont aussi été évalués, en comparaison avec les interventions psychosociales traditionnelles. Toutefois, peu d'auteurs s'y sont intéressés. Dans l'étude *Pathways to Housing*, les usagers du « logement d'abord » ont été hospitalisés moins longtemps que les autres et ils ont été moins souvent en traitement (interne ou externe) pour abus de substances psychoactives ou pour troubles mentaux à la fin de la période à l'étude [Padgett *et al.*, 2010]. Ils considéraient toutefois avoir une qualité de vie équivalente les uns par rapport aux autres [Padgett *et al.*, 2010]. Dans l'étude de Montgomery et ses collègues [2013], les services internes destinés à résoudre des problèmes liés à la santé mentale étaient moins souvent utilisés par les usagers du programme basé sur l'approche « traitement d'abord » que par ceux du programme basé sur l'approche « logement d'abord ». Ils avaient toutefois tous utilisé les urgences hospitalières à la même fréquence [Montgomery *et al.*, 2013].

2.2.3 Comparaison entre l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe mobile d'intervenants et l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants

Les effets des programmes dans lesquels l'équipe d'intervenants était fixe ont été comparés à ceux dans lesquels l'équipe d'intervenants était mobile, dans trois revues systématiques [Larsen et Nordentoft, 2010; Nelson *et al.*, 2007; Rog, 2004] et dans deux études expérimentales (Q3) [Schutt, 2011; McHugo *et al.*, 2004].

Les auteurs de ces deux études présentent principalement des résultats en faveur de programmes dans lesquels les équipes d'intervenants se trouvent sur place dans les logements, généralement des logements de groupe ou des édifices réservés. Ils montrent d'abord que les participants qui ont eu accès à ces programmes passaient plus de temps dans un logement et moins en situation d'itinérance [McHugo *et al.*, 2004] ou qu'ils étaient moins nombreux à être en situation d'itinérance et à retourner dans la rue [Schutt, 2011] que ceux qui étaient inscrits dans des programmes avec une équipe mobile d'intervenants. Ils avaient aussi une meilleure santé mentale à la fin des suivis, leur santé mentale s'étant améliorée davantage tout au long de l'étude [Schutt, 2011; McHugo *et al.*, 2004]. Les participants qui avaient accès aux intervenants sur place dans les logements étaient également plus satisfaits de leur situation et présentaient une meilleure qualité de vie que ceux qui avaient accès à l'équipe mobile d'intervenants [Schutt, 2011; McHugo *et al.*, 2004].

Les deux modalités semblent toutefois avoir eu des effets semblables sur les autres dimensions. Effectivement, les usagers des deux modalités consommaient autant de substances psychoactives, étaient aussi souvent hospitalisés, étaient aussi nombreux à utiliser les services et utilisaient les mêmes types de services [Schutt, 2011; McHugo *et al.*, 2004]. Schutt [2011] rapporte de plus que l'ensemble des personnes de son étude participaient à la même fréquence à la vie dans la communauté (aller magasiner, prendre les transports en commun, aller au parc, etc.), qu'elles aient eu accès à un programme « logement d'abord » avec une équipe mobile d'intervenants ou avec une équipe fixe d'intervenants dans les logements. Enfin, McHugo et ses collègues [2004] rapportent que les participants d'un programme étaient aussi nombreux à être exposés à de la violence et à en être victimes que ceux de l'autre programme.

Tableau 5 Résultats des études dans lesquelles l'approche « logement d'abord » avec une équipe fixe d'intervenants est comparée à l'approche « logement d'abord » avec une équipe mobile d'intervenants (Q3)

DIFFÉRENCES ENTRE LE GROUPE EXPÉRIMENTAL ET LE GROUPE DE COMPARAISON? ^{1,2}							
AUTEURS [ANNÉE]	LOGEMENT ET ITINÉRANCE	SANTÉ MENTALE	CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	UTILISATION DES SERVICES	QUALITÉ DE VIE ET SATISFACTION	PARTICIPATION À LA VIE DANS LA COMMUNAUTÉ	VICTIMISATION
McHugo <i>et al.</i> , 2004 N = 121	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. exp.)	Non	Non	Oui (en faveur du gr. exp.)	–	Non
Schutt, 2011; Caplan <i>et al.</i> , 2006 N = 118	Oui (en faveur du gr. exp.)	Oui (en faveur du gr. exp.)	Non	Non	Oui (en faveur du gr. exp.)	Non	–

¹ Gr. exp. = Groupe expérimental

² Gr. témoin = Groupe témoin

2.2.4 Comparaison entre l'approche « logement d'abord » couplée à des interventions intensives et l'approche « logement d'abord » couplée à des interventions régulières

Dans une revue systématique [Rog, 2004] et dans une étude [Burt, 2012], les programmes « logement d'abord » dans lesquels des interventions intensives ont été offertes étaient comparés à des programmes semblables, mais avec des interventions régulières (Q4). D'après l'étude de Burt [2012] (n = 471), les participants qui ont reçu des interventions plus intensives étaient plus nombreux à vivre dans un logement permanent et à occuper un emploi à la fin de l'étude que les autres. Ils avaient aussi passé un plus grand nombre de jours dans un logement et avaient trouvé leur premier emploi plus rapidement que ceux qui avaient reçu les services réguliers du programme basé sur la même approche « logement d'abord ».

2.2.5 Variation des effets selon certaines caractéristiques sociodémographiques

L'influence des caractéristiques sociodémographiques sur l'efficacité de l'approche « logement d'abord » (Q5) est présentée dans une revue systématique [Nelson *et al.*, 2007], deux études expérimentales [Schutt, 2011; Mchugo *et al.*, 2004] et deux études quasi expérimentales [Mares et Rosenheck, 2011; Larimer *et al.*, 2009]. Les caractéristiques qui nous ont intéressés sont le sexe, l'âge, l'origine ethnoculturelle et le temps passé en situation d'itinérance.

Dans deux études, le sexe n'influe pas sur les effets des modalités d'intervention concernant le temps passé en situation d'itinérance et dans un logement [Schutt, 2011; Mchugo *et al.*, 2004]. Mchugo et ses collègues [2004] mentionnent par contre que c'est la stabilité résidentielle qui en est compromise : les hommes qui reçoivent des services d'une équipe mobile d'intervenants ont une moins grande stabilité résidentielle que les femmes de ce groupe et que l'ensemble des hommes et des femmes qui vivent dans des logements où les intervenants sont sur place.

L'âge n'influe pas non plus sur l'efficacité des modalités d'intervention couplées à l'approche « logement d'abord » dans la seule étude qui s'y est intéressée; le temps passé en situation d'itinérance est similaire entre les plus jeunes (42 ans et moins) et les plus âgés (plus de 42 ans), qu'ils soient dans des programmes de logement dans lesquels les intervenants sont sur place ou non [Schutt, 2011].

L'origine culturelle semble influencer sur l'efficacité des modalités d'intervention couplées à l'approche « logement d'abord », mais dans certains contextes seulement [Schutt, 2011]. Les personnes d'origine afro-américaine sont plus nombreuses à perdre leur logement et vivent plus souvent en situation d'itinérance que les autres, mais seulement lorsqu'elles habitent dans des endroits où les services leur sont offerts par une équipe mobile d'intervenants [Schutt, 2011]. Les Afro-Américains qui demeurent dans des logements où les services sont offerts sur place ont donc perdu leur logement et vécu en situation d'itinérance à la même fréquence que les autres participants [Schutt, 2011].

Aucun des auteurs des études sélectionnées dans cette revue systématique n'a évalué les effets de la durée de la période d'itinérance sur l'efficacité de l'approche « logement d'abord » en termes de logement et d'itinérance. Certains se sont toutefois intéressés uniquement à des populations d'itinérants chroniques [Mares et Rosenheck, 2011; Larimer *et al.*, 2009] et d'autres seulement à des personnes qui ont vécu une itinérance cyclique ou occasionnelle [McHugo *et al.*, 2004]. Les effets des diverses modalités d'intervention sur le logement et l'itinérance sont les mêmes dans ces études que dans celles où les personnes n'ont pas été sélectionnées sur la base de la durée de leur itinérance. En comparaison avec les personnes qui ont eu accès aux services usuels seulement, celles qui ont eu accès à l'approche « logement d'abord » ont ainsi passé plus de temps dans un logement et moins en situation d'itinérance [Mares et Rosenheck, 2011; Larimer *et al.*, 2009]. Dans les programmes basés sur l'approche « logement d'abord », les personnes qui ont bénéficié d'interventions de la part d'une équipe sur place ont aussi passé plus de temps dans un logement et moins en situation d'itinérance que celles pour qui une équipe mobile est intervenue [McHugo *et al.*, 2004].

2.3 Résultats – Les conséquences négatives de l'approche « logement d'abord » et de la vie dans un logement

Les programmes et modèles basés sur l'approche « logement d'abord » font plus que de loger une personne dans un appartement; ils offrent aussi du soutien pour aider à se trouver un logement et pour s'assurer que ce dernier répondra à certains critères. Par exemple, le quartier doit être sécuritaire, le logement doit se trouver à proximité des services et être salubre [Newman *et al.*, 1994]. Malgré cela, la vie en logement pour des personnes qui étaient en situation d'itinérance et le fait de participer à un programme basé sur l'approche « logement d'abord » peuvent entraîner certaines conséquences négatives (Q6). Celles-ci ont été abordées dans une revue systématique [Nelson *et al.*, 2007], une étude expérimentale [Schutt, 2011]¹⁶, deux études qualitatives [Collins *et al.*, 2012; Padgett, 2007] et une étude de série de cas [Stanhope *et al.*, 2009].

La sortie de la rue et l'arrivée en logement ont été abordées dans plusieurs de ces études. Selon certains participants, les premiers temps passés en appartement sont déstabilisants; une certaine acclimatation est nécessaire. Les personnes se sentent désorientées et elles

¹⁶ Il est à noter que, dans le cadre de son étude expérimentale, Schutt [2011] a aussi utilisé une méthodologie qualitative. Ce sont les résultats des observations ethnographiques qui sont présentés dans cette section-ci.

vivent un choc lié au changement soudain de leur routine [Collins *et al.*, 2012]. Dans les appartements de groupe, un sentiment de solitude est plutôt vécu au début de la cohabitation [Schutt, 2011]. L'arrivée en logement peut aussi générer des questionnements chez quelques personnes : comment vont-elles réapprendre à vivre en société ou comment peuvent-elles maintenir leur abstinence alors que les programmes auxquels elles sont inscrites ne l'exigent pas [Padgett, 2007]? Par ailleurs, plusieurs des usagers ont une prise de conscience : après avoir constaté leur mauvais état de santé physique et la mort de plusieurs de leurs proches, ils réalisent qu'ils risquent de mourir prématurément [Collins *et al.*, 2012; Padgett, 2007]. Dans l'étude de Collins et ses collègues [2012], les participants étaient orientés par les intervenants pour vivre soit dans des logements indépendants (vivre seuls) ou dans des appartements de groupe. Cette affectation a rendu anxieux certains d'entre eux puisqu'ils ne contrôlaient pas la décision des intervenants et qu'ils saisissaient mal les raisons qui les menaient à vivre dans un logement indépendant ou dans un logement de groupe [Collins *et al.*, 2012].

Après quelque temps, la majorité des participants ayant eu accès à un programme basé sur l'approche « logement d'abord » rapportent tout de même être satisfaits des logements [Schutt, 2011], que ceux-ci sont de bonne qualité, qu'ils ont peu de caractéristiques négatives (comme des bris, des coquerelles, etc.) [Nelson *et al.*, 2007] et que vivre en logement leur offre de l'intimité [Collins *et al.*, 2012; Padgett, 2007]. Cette intimité est principalement vécue par ceux qui sont seuls dans des appartements indépendants, alors que les participants qui vivent dans des appartements partagés ou qui sont en hébergement d'urgence chez des amis ou de la famille, par exemple, ont au contraire l'impression de ne pas en avoir [Collins *et al.*, 2012; Padgett, 2007]. En contrepartie, les personnes qui vivent seules rapportent davantage un sentiment de solitude [Schutt, 2011].

La satisfaction de vivre dans un logement peut aussi être diminuée pour certains lorsque le quartier dans lequel ils habitent est bruyant, et pour d'autres qui ont des difficultés à tolérer ou à respecter les règles (surtout dans les appartements partagés) ou qui ont des objectifs différents de ceux du programme basé sur l'approche « logement d'abord » [Collins *et al.*, 2012; Schutt, 2011]. À cet égard, l'interdiction ou la permission de boire de l'alcool dans les appartements partagés cause des tensions et des conflits entre les usagers, puisque ceux qui sont abstinentes éprouvent des difficultés à le demeurer dans un environnement de consommation [Collins *et al.*, 2012; Schutt, 2011]. D'autres problèmes sont générés par la consommation de drogues de certains usagers, même si celle-ci est interdite à l'intérieur des appartements (les allées et venues tardives des vendeurs, par exemple), ou par la cigarette (malpropreté et danger d'incendie lorsqu'ils fument dans leur lit) [Schutt, 2011]. Des tensions et des conflits entre les usagers survenant dans les logements de groupe peuvent aussi être vécus pour diverses raisons comme des iniquités dans la répartition des tâches ménagères ou des vols qui surviennent entre les résidents, et ils mènent parfois même à de la violence physique [Collins *et al.*, 2012; Schutt, 2011]. Les participants considèrent tout de même qu'avoir son chez-soi offre plus de protection et qu'ils peuvent se tenir loin des situations d'abus, ce qui n'était pas le cas lorsqu'ils étaient dans la rue [Collins *et al.*, 2012; Padgett, 2007].

Lorsqu'ils vivent dans un logement, les participants mentionnent d'ailleurs ressentir plus de liberté que lorsqu'ils étaient en situation d'itinérance et qu'ils sont contents de pouvoir faire ce dont ils ont envie [Padgett, 2007]. Certains contextes leur donnent tout de même l'impression d'être surveillés et contrôlés : dans certains programmes, les intervenants font des visites qui ne sont pas annoncées et qui sont intrusives ou ils assurent une certaine

surveillance afin que les règles soient respectées [Schutt, 2011; Padgett, 2007]. Plusieurs participants rapportent également qu'ils vivent un sentiment de dépendance à l'égard des programmes basés sur l'approche « logement d'abord » dans lesquels ils se trouvent, ce qui limite leur liberté [Padgett, 2007]. D'ailleurs, Stanhope et ses collègues [2009] indiquent que plus une personne demeure longtemps dans un programme de soutien au logement, plus elle perçoit que son gestionnaire de cas utilise des stratégies coercitives à l'occasion de leurs rencontres.

DISCUSSION

Les 28 documents retenus dans le cadre de cette revue systématique nous ont permis de traiter de l'efficacité et des conséquences négatives de l'approche « logement d'abord » au regard des conditions de vie des personnes en situation d'itinérance. Nous avons en plus voulu savoir si l'efficacité et les conséquences négatives de cette approche étaient fonction de certaines conditions ou populations. Les résultats présentés ont montré que l'efficacité et les conséquences négatives de cette approche dépendent de plusieurs éléments : l'intervention à laquelle elle est comparée, les modalités auxquelles elle est couplée, les dimensions étudiées et les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui y ont accès.

L'approche « logement d'abord » est-elle efficace et, si oui, selon quelles conditions?

L'approche « logement d'abord » s'est principalement révélée efficace pour réduire l'itinérance et permettre aux personnes dans cette situation de passer du temps dans un logement. Ces résultats sont constants d'une étude à l'autre, peu importe leur devis, leur qualité, les caractéristiques de la population étudiée et les sources des données [Guyatt *et al.*, 2011]. Ils sont aussi rapportés dans les trois revues systématiques retenues [Larsen et Nordentoft, 2010; Nelson *et al.*, 2007; Rog, 2004]. Il a été démontré que cette approche est plus efficace pour loger les personnes itinérantes que ne le sont les interventions psychosociales qui leur sont traditionnellement offertes (suivi intensif dans la communauté, approche « traitement d'abord ») et l'accès aux services usuels. La seule exception provient de l'étude de Clark et Rich [2003], lesquels montrent que ce sont les personnes qui ont des troubles mentaux graves et une consommation de substances psychoactives élevée qui bénéficient le plus de l'approche « logement d'abord » lorsque celle-ci est comparée aux interventions psychosociales traditionnelles. Les personnes qui ont des troubles concomitants légers ou modérés ne bénéficient pas davantage de l'une ou l'autre des interventions. Ces résultats sont concordants avec la prémisse selon laquelle l'approche « logement d'abord » a été créée dans le but de permettre aux personnes les plus difficiles à loger d'obtenir un logement et d'y rester [Tsemberis, 2010].

En outre, certaines modalités de l'approche « logement d'abord » semblent plus bénéfiques que d'autres. D'abord, lorsqu'elle est couplée à des équipes fixes d'intervenants, cette approche permettrait aux personnes de demeurer plus longtemps dans un logement que lorsqu'elle est couplée à des équipes mobiles d'intervenants. Ces résultats sont toutefois différents de ceux obtenus par les auteurs de deux revues systématiques qui rapportent plutôt des résultats mitigés [Larsen et Nordentoft, 2010; Nelson *et al.*, 2007]. Plusieurs des études qu'ils ont retenues étaient toutefois plus anciennes (jusqu'à 15 ans), aucun critère d'exclusion concernant les dates de publication n'ayant été précisé. En plus, Nelson et ses collègues [2007] rapportent les résultats d'une seule étude traitant de cette question, soit celle de Goldfinger et ses collègues [1999]. Malgré tout, les résultats qui proviennent des deux études expérimentales retenues dans la présente revue systématique [Schutt, 2011; McHugo *et al.*, 2004] suggèrent que les équipes fixes d'intervenants sont plus efficaces. Cette présence d'intervenants sur place dans les logements de groupe ou les édifices réservés pourrait permettre d'intervenir plus rapidement auprès d'utilisateurs lorsque des problèmes particuliers

ou des crises surviennent [McHugo *et al.*, 2004]. Par conséquent, l'expulsion d'un logement serait moins fréquente [Schutt, 2011]. L'alliance entre les usagers et les intervenants se créerait aussi plus facilement lorsque les équipes d'intervenants sont fixes puisque les personnes concernées peuvent les consulter à tout moment [McHugo *et al.*, 2004].

Les programmes basés sur l'approche « logement d'abord » dans lesquels des interventions intensives sont offertes permettraient aussi aux personnes de demeurer plus longtemps dans un logement que les programmes qui sont couplés à des interventions régulières ou offertes au besoin. Ce résultat provient toutefois d'une seule étude portant sur 471 participants. Il mérite tout de même d'être souligné puisque le programme LA's HOPE dans lequel des interventions intensives étaient offertes ciblait précisément les personnes en situation chronique d'itinérance, alors que le programme AB2034 s'adressait à toute personne en situation d'itinérance ou à risque de l'être [Burt, 2012]. Les personnes qui ont eu accès au LA's HOPE avaient, en plus, davantage de troubles mentaux au moment de leur recrutement que celles qui ont été orientées vers l'autre programme. Le fait d'offrir un logement, à condition d'avoir les ressources humaines et financières pour répondre rapidement aux besoins des personnes qui y vivent, permettrait à celles-ci d'y demeurer plus longtemps [Burt, 2012]. Dans cette même étude, les usagers du programme LA's HOPE ont, de plus, reçu des services spécialisés en emploi et ils ont ainsi travaillé davantage que ceux du programme AB2034. Ce résultat, bien que provenant d'une seule étude, nous fait penser que le fait de cibler une problématique particulière (ici l'emploi) et de la traiter directement permet d'obtenir des résultats précis. Il importerait donc de déterminer les objectifs des interventions qui sont offertes à l'intérieur d'un programme basé sur l'approche « logement d'abord » [Burt, 2012].

Dans une moindre mesure, l'approche « logement d'abord », en comparaison avec l'accès aux services usuels et les interventions psychosociales traditionnelles, s'est aussi avérée efficace pour faire diminuer l'utilisation des services internes (hospitalisations et séjours en centre de traitement pour troubles mentaux ou troubles liés aux substances psychoactives) et augmenter celle des services externes par les usagers. Ces résultats sont toutefois mitigés d'une étude à l'autre puisque certains auteurs ne parviennent pas à déceler de différences significatives entre les participants qui ont eu accès à l'approche « logement d'abord » et les autres participants. La taille des échantillons est généralement plus petite dans ces études, ce qui pourrait expliquer que leurs auteurs ne décèlent pas de différence significative entre les groupes quant à l'utilisation des services, et ce, d'autant plus si la proportion de participants qui utilisent les services est faible. Par exemple, dans l'étude de Martinez et Burt [2006], les analyses de comparaison portent sur un échantillon de 125 personnes, 100 venant du groupe expérimental et 25 du groupe témoin. Bien que ces auteurs aient noté une baisse du nombre des hospitalisations pour les participants qui ont eu accès à l'approche « logement d'abord » (de 17 % à 9 %) et une hausse pour ceux qui ont eu accès aux services usuels (de 8 % à 16 %), ils n'ont observé ni changement significatif dans le temps ni différence significative entre les groupes.

Les résultats concernant l'utilisation des services nous semblent donc prometteurs et méritent qu'on s'y attarde. La hausse de l'utilisation des services externes pourrait être interprétée comme un signe de l'inefficacité de l'approche « logement d'abord ». Or, cette augmentation serait l'une des conséquences positives de la diminution de l'utilisation des services internes, lesquels sont plus coûteux [Sadowski *et al.*, 2009]. Ces résultats signifieraient de plus que les problèmes des personnes qui participent aux programmes basés sur l'approche « logement d'abord » seraient pris en charge assez rapidement pour être traités de façon ponctuelle ou

avant qu'ils ne nécessitent des séjours dans les services hospitaliers internes [Sadowski *et al.*, 2009]. La présence des équipes fixes ou mobiles d'intervenants a toutefois des effets similaires sur l'utilisation des services par les usagers.

D'autres résultats sont aussi mitigés d'une étude à l'autre : l'approche « logement d'abord », en comparaison avec l'accès aux services usuels et aux interventions psychosociales traditionnelles, ferait diminuer la criminalité et les périodes d'incarcération, améliorerait la qualité de vie et augmenterait la participation à la vie dans la communauté des personnes qui étaient en situation d'itinérance. La mixité des résultats obtenus pourrait s'expliquer par la variété des mesures utilisées d'une étude à l'autre et par certaines caractéristiques des participants. Effectivement, Latimer et ses collègues [2013] rapportent que les effets du « logement d'abord » sur la criminalité et la qualité de vie varient selon le niveau de besoins des personnes concernées. Le « logement d'abord », en comparaison avec l'accès aux services usuels, fait diminuer le nombre d'accusations criminelles des personnes qui ont des besoins élevés, mais pas de celles qui ont des besoins modérés [Latimer *et al.*, 2013]. Au contraire, la qualité de vie s'améliore davantage chez les personnes qui ont des besoins modérés et qui bénéficient du « logement d'abord », mais pas chez celles qui ont des besoins élevés [Latimer *et al.*, 2013]. Ces résultats suggèrent ainsi qu'une même intervention aura des effets différents selon la population à laquelle elle est offerte. Les modalités proposées aux usagers peuvent aussi avoir des effets différents : l'approche « logement d'abord » couplée à une équipe fixe d'intervenants permet d'améliorer davantage la qualité de vie des personnes que lorsqu'elle est couplée à une équipe mobile d'intervenants. Ce résultat est constant d'une étude à l'autre [Schutt, 2011; McHugo *et al.*, 2004].

Concernant la participation à la vie dans la communauté, les mesures varient aussi d'une étude à l'autre [Latimer *et al.*, 2013; Mares et Rosenheck, 2011], ce qui pourrait expliquer que les auteurs obtiennent des résultats différents. Effectivement, la mesure utilisée par Mares et Rosenheck [2011] fait état du nombre d'activités auxquelles ont participé les personnes, alors que celle utilisée par Latimer et ses collègues [2013] concerne plutôt leur fonctionnement social. De plus, les résultats selon lesquels il n'y a pas de différence entre les participants ayant eu accès au « logement d'abord » et ceux ayant eu accès aux services usuels quant au nombre d'activités auxquelles ils prennent part vont de pair avec les résultats d'auteurs qui s'intéressent à la sortie de la rue. Par exemple, Colombo [2003] soutient que les jeunes qui sortent de la rue se trouvent dans un processus paradoxal caractérisé par l'ambivalence entre le vouloir d'une nouvelle vie et l'appartenance à une ancienne vie. Cette ambivalence se reflète dans la continuité de certaines habitudes de vie qu'ils avaient lorsqu'ils étaient dans la rue, comme de fréquenter les mêmes personnes ou les mêmes lieux [Colombo, 2011]. Cette continuité peut ainsi expliquer que les personnes qui ont accès au « logement d'abord » participent à un nombre équivalent d'activités, telles que visiter des amis ou aller au parc, que les personnes qui ont accès aux services usuels.

D'autres résultats suggèrent que les personnes en situation d'itinérance seraient moins souvent des victimes, qu'elles seraient plus nombreuses à obtenir un soutien financier de la part de l'État et auraient plus de soutien social lorsqu'elles ont accès à l'approche « logement d'abord » plutôt qu'aux services usuels. Aucune de ces dimensions n'a toutefois été mesurée dans plus d'une étude. Compte tenu de l'hétérogénéité des résultats obtenus pour d'autres dimensions lorsque plusieurs auteurs s'y sont intéressés, il nous est difficile d'établir des constats concernant l'efficacité de l'approche « logement d'abord » quant au soutien social, au soutien financier et à la victimisation. Il importe tout de même de souligner que les effets

de l'approche « logement d'abord » sur la victimisation, en comparaison avec ceux de l'accès aux services usuels, varient eux aussi en fonction des caractéristiques des personnes : celles qui ont des besoins élevés sont moins victimisées lorsqu'elles sont en « logement d'abord », alors que ce n'est pas le cas de celles qui ont des besoins modérés [Latimer *et al.*, 2013]. Ce résultat suggère, une fois de plus, que les effets d'une intervention varient selon qu'elle est offerte à une personne ou à une autre.

Enfin, l'approche « logement d'abord » a des effets similaires à ceux de l'accès aux services usuels et aux interventions psychosociales traditionnelles sur la santé mentale, la santé physique et la consommation de substances psychoactives. Aucun auteur n'a décelé de différence entre les personnes qui ont été « logées d'abord » et les autres. Les auteurs des revues systématiques retenues en arrivent aussi à des conclusions semblables [Larsen et Nordentoft, 2010; Nelson *et al.*, 2007; Rog, 2004]. Ces résultats sont particulièrement importants, bien qu'ils ne semblent pas être en faveur de l'approche « logement d'abord ». Effectivement, ils démontrent que, bien que les personnes aient autant de problèmes de santé mentale et de problèmes de consommation de substances psychoactives les unes que les autres, celles qui ont accès à l'approche « logement d'abord » parviennent malgré cela à demeurer dans un logement.

Parmi les programmes basés sur l'approche « logement d'abord », ceux dans lesquels les équipes d'intervenants sont fixes permettent toutefois d'améliorer davantage la santé mentale des usagers que ceux dans lesquels les équipes sont mobiles. Ces résultats, mis en parallèle avec ceux concernant l'utilisation des services, sont surprenants puisque les usagers des programmes bénéficiant d'une équipe fixe d'intervenants ont amélioré davantage leur santé mentale que ceux des programmes avec une équipe mobile d'intervenants, mais ils se trouvent aussi nombreux à être hospitalisés. On peut ainsi se questionner sur les raisons qui ont motivé ces hospitalisations. Il est possible que leur santé mentale s'améliore davantage, mais pas assez pour que cessent complètement les hospitalisations. D'ailleurs, McHugo et ses collègues [2004], pour des raisons méthodologiques, évaluent le fait d'avoir été hospitalisé ou non (variable dichotomique) plutôt que le nombre d'hospitalisations. On peut aussi considérer l'hypothèse selon laquelle des problèmes physiques sont à l'origine de ces hospitalisations. Effectivement, tel que rapporté dans l'étude qualitative de Padgett [2007], une fois logées, les personnes qui étaient en situation d'itinérance prennent conscience qu'elles sont en mauvaise santé physique. Il est donc plausible que ces problèmes seront traités à la suite de leur arrivée dans un logement. Les auteurs d'aucune des deux études dans lesquelles les équipes mobiles sont comparées aux équipes fixes n'ont toutefois mesuré la santé physique des participants [Schutt, 2011; McHugo *et al.*, 2004]. Quant aux effets des deux différentes équipes d'intervenants sur la consommation de substances psychoactives, ils sont les mêmes. Les personnes ayant eu accès aux intervenants de l'équipe fixe ou de l'équipe mobile présentent donc une consommation similaire tout au long de l'étude. La consommation de substances psychoactives était permise dans les deux types de programmes, ce qui peut expliquer que les usagers qui ont eu accès à l'une ou l'autre des équipes ont eu une consommation équivalente. La consommation sur place est d'ailleurs à l'origine de tensions entre les usagers des programmes dans lesquels les équipes d'intervenants sont fixes, qui sont aussi des programmes où les usagers habitent tous ensemble [Schutt, 2011].

Pour quelles populations l'approche « logement d'abord » est-elle efficace?

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes influent légèrement sur les effets de l'approche « logement d'abord » concernant le temps passé en situation d'itinérance et dans un logement. En ce qui concerne le sexe, les résultats des études sont constants et montrent que les hommes et les femmes passent le même temps en logement qu'ils aient bénéficié d'interventions de la part d'une équipe mobile ou d'une équipe fixe. Par contre, les hommes auraient une moins grande stabilité résidentielle, c'est-à-dire qu'ils demeureraient moins longtemps au même endroit que les femmes lorsqu'ils reçoivent des interventions de la part d'une équipe mobile [McHugo *et al.*, 2004]. Ce résultat provient toutefois d'une seule étude et il peut être surprenant compte tenu du fait que l'itinérance est vécue différemment par les femmes et les hommes [Bellot, 2003]. L'arrivée dans la rue se fait effectivement beaucoup plus graduellement chez les femmes puisqu'elles tentent de demeurer longtemps dans leur logement, utilisant une panoplie de stratégies pour y parvenir [Laberge *et al.*, 2000].

La variation des effets selon l'âge des participants a aussi été évaluée dans une seule étude. Les résultats suggèrent que les « jeunes » et les « vieux » bénéficieraient autant les uns que les autres des programmes basés sur l'approche « logement d'abord », que ceux-ci aient des équipes mobiles ou fixes d'intervenants. La mesure de l'âge est toutefois plutôt simpliste dans cette étude [Schutt, 2011]. En effet, la dichotomie entre les plus jeunes et les moins jeunes selon qu'ils ont plus ou moins de 42 ans ne reflète probablement pas la réalité grandissante des personnes âgées en situation d'itinérance, ni celle des jeunes de la rue. Dans sa revue systématique, Rog [2004] rapporte plutôt que les « jeunes » obtiennent généralement de meilleurs résultats. Il mentionne que les programmes basés sur l'approche « logement d'abord » sont plus bénéfiques pour les jeunes que n'importe quelle autre intervention. Il ne fait toutefois pas la distinction entre les différents modèles, mais rapporte plutôt des résultats généraux. Ces résultats sont prometteurs pour les « jeunes » et ils concordent avec le courant théorique selon lequel l'expérience de la rue est une étape du parcours de vie pour ces jeunes [Colombo, 2003; Bellot, 2001]. En ce sens, les interventions qui leur offrent des possibilités d'insertion peuvent être déterminantes dans la suite de leur parcours [Bellot, 2001].

D'autres résultats suggèrent que les personnes afro-américaines bénéficieraient moins que les autres de l'approche « logement d'abord », mais seulement lorsqu'il s'agit des programmes où les intervenants font partie d'une équipe mobile; elles passent alors moins de temps dans un logement et plus de temps en situation d'itinérance que les personnes des autres origines ethniques. Ce résultat provient d'une seule étude, mais il est aussi rapporté dans une revue systématique [Nelson *et al.*, 2007]. Aux États-Unis, de façon générale, les personnes d'origine afro-américaine éprouvent plus de problèmes sur le marché locatif que les personnes caucasiennes, et d'autant plus lorsqu'elles ont des problèmes de consommation de substances psychoactives [Schutt, 2011]. La présence sur place des intervenants dans certains logements a un effet modérateur sur les agissements problématiques des personnes afro-américaines puisqu'il leur est possible d'intervenir rapidement sur ces comportements, lesquels causeraient davantage de problèmes avec les propriétaires de logements indépendants [Schutt, 2011].

Enfin, la durée de la période d'itinérance ne semble pas compromettre l'efficacité de l'approche « logement d'abord ». Les auteurs des études n'ont toutefois pas évalué directement l'influence de la durée de la période d'itinérance sur le temps passé dans un logement et en situation d'itinérance; certains ont plutôt sélectionné des échantillons

caractérisés par une population de personnes itinérantes chroniques et d'autres ont exclu ces personnes de leur étude. De façon indirecte, nous avons ainsi comparé l'ensemble de ces études et souligné que les résultats sont similaires, c'est-à-dire que l'approche « logement d'abord » permet aux personnes concernées de vivre davantage en logement et moins en situation d'itinérance que l'accès aux services usuels et les interventions psychosociales traditionnelles, quelle que soit la longueur des périodes d'itinérance que ces personnes ont vécues. Pour confirmer ces résultats, de nouvelles études devraient toutefois évaluer directement la variation des effets de l'approche « logement d'abord » en fonction de la durée de la période d'itinérance.

Les résultats concernant la variation des effets de l'approche « logement d'abord » en fonction des caractéristiques sociodémographiques proviennent principalement de deux études. Toutes deux ont comparé les effets de cette approche couplée à des équipes fixes d'intervenants à ceux où l'approche était couplée à des équipes mobiles d'intervenants [Schutt, 2011; McHugo *et al.*, 2004]. Par conséquent, nous ne pouvons nous prononcer sur la variation des effets de l'approche « logement d'abord » selon les diverses caractéristiques sociodémographiques lorsque cette approche est comparée avec l'accès aux services usuels ou aux interventions psychosociales traditionnelles. La quasi-absence d'études ayant évalué cette variation des effets nous apparaît surprenante compte tenu que plusieurs auteurs affirment que la population itinérante se diversifie de plus en plus [Bellot, 2003; ISQ, 2003; Laberge *et al.*, 2000].

Quelles sont les conséquences négatives de l'approche « logement d'abord »?

Les résultats ont montré que ce sont surtout des contextes liés à la vie en logement qui génèrent des conséquences négatives, plutôt que l'approche « logement d'abord » elle-même. D'autres résultats suggèrent que le type de logement amène des problèmes différents. Les usagers des programmes dans lesquels les équipes d'intervenants sont fixes (logements partagés ou de groupe) sont plus nombreux à rapporter qu'ils se sentent surveillés et qu'ils vivent des tensions entre eux. Au contraire, ceux qui bénéficient des programmes avec des équipes mobiles d'intervenants (logements indépendants ou privés) mentionnent vivre plus de solitude. Dans une revue narrative de la littérature sur les divers modèles de soutien au logement, Johnsen et Teixeira [2010] soulignent eux aussi que la solitude est une des conséquences négatives de la vie en logement. Dans le modèle « logement d'abord » de *Pathways to Housing*, les logements privés sont priorités puisqu'ils devraient permettre de réduire la stigmatisation et d'augmenter l'intégration des usagers à la communauté [Tsemberis, 2010]. Toutefois, aucune des études répertoriées ne fait mention de ces avantages du logement privé.

Les résultats portant sur les conséquences négatives proviennent principalement d'études qualitatives et de série de cas, lesquelles ont un nombre plus restreint de participants et ne sont donc pas généralisables. Ces résultats semblent toutefois s'appliquer à la vie en logement de façon générale et ils ne sont probablement pas propres à l'approche « logement d'abord » [Collins *et al.*, 2012; Schutt, 2011].

Les lacunes générales sur le plan des preuves scientifiques

Certaines limites générales, autres que celles mentionnées précédemment, permettent de nuancer les résultats. D'abord, il est à noter que plusieurs auteurs affirment que l'approche « logement d'abord » s'adresse aux personnes itinérantes les plus difficiles à loger parce qu'elles présentent diverses problématiques, notamment des troubles mentaux graves ou des troubles liés aux substances psychoactives. Or, les participants à certaines de ces études ont été recrutés après avoir fait un séjour en hôpital, ce qui signifie que leur consommation et leurs symptômes psychiatriques pouvaient être stables dès leur recrutement pour participer à l'étude [Padgett *et al.*, 2010; Larimer *et al.*, 2009; Sadowski *et al.*, 2009; Siegel *et al.*, 2006]. Ensuite, il importe de souligner que l'attrition élevée concernant les participants à certaines études [Hanratty, 2011; Mares et Rosenheck, 2011; Clark et Rich, 2003] pourrait avoir des répercussions sur leurs résultats.

Par ailleurs, quelques critiques sont à formuler quant aux mesures utilisées par les auteurs. Les renseignements autorapportés portant sur la consommation de substances psychoactives pourraient être en deçà de la réalité, même si l'abstinence n'était pas obligatoire dans les modèles que nous avons sélectionnés. Par exemple, dans l'étude de *Pathways to Housing*, moins de 20 % des participants ont rapporté avoir consommé de l'alcool ou des drogues au cours du mois précédant leur recrutement [Gulcur *et al.*, 2003] alors que, selon leur dossier médical respectif, ils étaient 90 % à présenter un trouble lié aux substances psychoactives ou à en avoir eu un dans le passé [Padgett *et al.*, 2010]. Ce biais issu de la désirabilité sociale pourrait donc empêcher les auteurs de déterminer si certains changements sont survenus chez leurs participants. Quant aux mesures liées à l'utilisation des services, elles étaient très variées d'une étude à l'autre, ce qui nous a parfois empêchés de regrouper les résultats. Conséquemment, l'importance des constats qui en découlent a pu être diminuée.

De plus, l'utilisation de certaines mesures avec une population itinérante ayant des troubles mentaux ou liés aux substances psychoactives nous paraît devoir être remise en question, bien que ces mesures proviennent d'outils validés. C'est notamment le cas des mesures liées à la qualité de vie, à la consommation de substances psychoactives et à la santé mentale et physique. Notre remise en question prend sa source dans deux constats. D'un côté, les participants qui ont eu accès au logement mentionnent, dans les études qualitatives, qu'ils se sentent plus en sécurité, qu'ils se sentent mieux [Padgett, 2007] et qu'ils ont diminué leur consommation substances psychoactives [Collins *et al.*, 2012] depuis qu'ils ont accès à un logement. D'un autre côté, l'approche « logement d'abord » s'appuie sur une logique de réduction des méfaits, laquelle vise la réduction des conséquences négatives associées à certains comportements [MSSS, 1999]. Or, les mesures utilisées dans les études répertoriées demeurent relativement générales et ne permettent pas d'évaluer si l'approche « logement d'abord » entraîne effectivement la réduction du nombre des méfaits, que ceux-ci soient liés à la consommation de substances psychoactives, aux troubles mentaux ou à la vie dans la rue de façon générale.

Enfin, il importe de mentionner que les interventions offertes aux personnes dans les divers modèles et programmes basés sur l'approche « logement d'abord » sont multiples et que leur intensité varie à l'intérieur d'un même programme. Par exemple, dans l'étude de Tan de Bibiana [2013], les participants qui ont eu accès au « logement d'abord » ont pu bénéficier d'un suivi intensif dans la communauté, d'une version modifiée de ce suivi intensif ou encore d'un soutien d'intensité variable (version modifiée). De plus, l'appellation des types d'intervention et leur signification varient d'une étude à l'autre [Tan de Bibiana, 2013;

O'Connell *et al.*, 2012]. Cette diversité rend donc particulièrement difficile la détermination d'un niveau d'intensité des interventions qui serait plus efficace qu'un autre dans un programme basé sur l'approche « logement d'abord » [O'Campo *et al.*, 2009].

Les forces et les limites de la revue systématique

Les choix qui ont été faits au moment de la sélection des études quant au type d'intervention à traiter démontrent les forces de la présente revue systématique. D'abord, nous avons choisi de sélectionner les études portant sur les programmes et modèles basés sur l'approche « logement d'abord » et se déclinant sous plusieurs formes afin qu'elles soient les plus représentatives possible des programmes existants [Montgomery *et al.*, 2013; McHugo *et al.*, 2004]. Nous avons aussi inclus des études basées sur des devis diversifiés. L'évaluation de programmes existants a ainsi pu être prise en considération. Il a de plus été possible de répondre à la question concernant les conséquences négatives de l'approche « logement d'abord » grâce aux études qualitatives. L'inclusion de ces études de même que la recherche de documents dans diverses banques de données, notamment pour trouver des mémoires et des thèses, et dans la littérature grise scientifique nous a permis de diminuer les risques liés à un biais de publication [Higgins et Green, 2011]. De même, les biais attribuables à la multiplication des publications et à la langue de publication ont été évités puisque les résultats ont été présentés par étude plutôt que par publication et que le seul document retenu qui n'était ni en français ni en anglais a été traduit [Larsen et Nordentoft, 2010].

Certaines limites sont aussi présentes dans cette revue systématique. Il importe d'abord de considérer, d'un point de vue critique, la généralisation des résultats obtenus à certaines populations. Bien que cette revue systématique cible les personnes en situation d'itinérance ayant des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances psychoactives, les échantillons des études retenues sont composés en partie de personnes manifestant ces troubles, mais pas en totalité. De plus, nos résultats sont principalement généralisables à la population itinérante américaine, caractérisée par la présence de nombreux anciens combattants et Afro-Américains, et aux milieux davantage urbains puisque la majorité des études ont été réalisées dans des grandes villes aux États-Unis. Nous n'avons pas non plus étudié le coût-efficacité de l'approche « logement d'abord » en comparaison avec d'autres interventions, ni évalué ce coût-efficacité selon diverses modalités.

CONCLUSION

L'approche « logement d'abord » s'est révélée plus efficace que l'accès aux services usuels et que les interventions psychosociales traditionnelles pour augmenter le temps que les personnes en situation d'itinérance ayant des troubles mentaux ou liés aux substances psychoactives passent dans un logement et pour réduire le temps qu'elles passent dans la rue. On ne détecte toutefois pas d'effets particuliers de cette approche sur la santé mentale, la santé physique et la consommation de substances psychoactives personnes qui y ont accès. D'autres résultats sont prometteurs relativement à cette approche, mais ils ne sont pas constants d'une étude à l'autre ou ils ont été abordés dans trop peu d'études pour qu'on puisse en tirer des conclusions claires. C'est le cas, entre autres, de l'utilisation des services, de la criminalité, de la participation à la vie dans la communauté et de la qualité de vie.

À la lumière de ces résultats, nous considérons que la mise en place, au Québec, de programmes basés sur l'approche « logement d'abord » devrait être envisagée : les personnes à qui s'adresse cette approche sont considérées comme les plus difficiles à loger, mais elles parviennent à demeurer dans un logement, et ce, même si leurs troubles mentaux et leur consommation de substances psychoactives ne s'améliorent pas.

Il importe toutefois de se questionner sur les objectifs des interventions mises en œuvre pour aider les personnes en situation d'itinérance. Effectivement, l'approche « logement d'abord » s'est montrée particulièrement efficace pour loger les personnes itinérantes, mais moins pour améliorer les autres conditions de vie de ces personnes. Si nous souhaitons qu'elles aient une meilleure santé mentale et qu'elles consomment moins de substances psychoactives, des interventions qui ciblent davantage ces dimensions devraient probablement être ajoutées au logement.

Nous considérons aussi qu'une offre diversifiée de programmes basés sur l'approche « logement d'abord » devrait être envisagée. Les données ne nous permettent pas de déterminer, pour l'instant, les meilleures modalités à associer à l'approche « logement d'abord » puisque trop peu d'auteurs se sont intéressés à ces comparaisons. Les résultats suggèrent tout de même que les programmes couplés à des équipes fixes d'intervenants permettent d'améliorer davantage la santé mentale et la qualité de vie des personnes que les programmes couplés à des équipes mobiles. En plus, l'offre d'interventions intensives ou de services spécialisés dans le cadre de ces programmes permettrait aux personnes ayant les troubles les plus sévères de demeurer dans un logement et d'intégrer le marché du travail.

Une offre diversifiée de programmes basés sur l'approche « logement d'abord » aurait l'avantage de répondre aux besoins variés des personnes en situation d'itinérance. Effectivement, quoique peu nombreux, les résultats des études suggèrent que les effets de cette approche diffèrent en fonction du sexe et de l'origine ethnique. De plus, les personnes qui présentent des troubles mentaux plus ou moins sévères et une consommation de substances psychoactives plus ou moins problématique ne bénéficient pas de la même façon des programmes de « logement d'abord ». La mise en place de programmes diversifiés basés sur l'approche « logement d'abord » serait donc appropriée et s'inscrirait en continuité de la politique en matière d'itinérance dont se dotera le Québec en 2014. La consultation publique

sur l'itinérance réalisée au printemps 2013 a en effet mis en lumière l'importance d'offrir des services diversifiés à la population itinérante.

Enfin, les personnes venant des communautés autochtones seraient surreprésentées dans la population itinérante au Canada [Gaetz *et al.*, 2013; Pauly *et al.*, 2012]. Les études retenues ici proviennent toutefois principalement des États-Unis, là où les personnes afro-américaines et les anciens combattants caractérisent la population itinérante. Pour ces raisons, les résultats de la présente revue systématique nécessiteront d'être contextualisés pour le Québec afin que les réalités urbaine et rurale soient prises en considération, et ce, afin que les personnes en situation d'itinérance vivant avec des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances psychoactives aient accès à des services mieux adaptés.

ANNEXES

Les documents suivants pourront être consultés sur notre site web :

Annexes

- A. Stratégie de recherche d'information scientifique dans les bases de données
- B. Liste des études économiques
- C. Tableau d'extraction des données
- D. Outils d'évaluation de la qualité
- E. Processus de sélection des études
- F. Description des études

RÉFÉRENCES

- Altena AM, Brilleslijper-Kater SN, Wolf JR. Effective interventions for homeless youth: A systematic review. *Am J Prev Med* 2010;38(6):637-45.
- Basu A, Kee R, Buchanan D, Sadowski LS. Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care. *Health Serv Res* 2012;47(1 Pt 2):523-43.
- Bell K. Breaking down barriers by knocking on doors: An innovative health intervention in Vancouver's downtown eastside. Vancouver, C.-B. : Simon Fraser University; 2009;Mémoire de maîtrise.
- Bellot C. L'itinérance contemporaine : nouveaux regards théoriques et empiriques au Québec. Dans Leblanc M, Ouimet M et Szabo D, dir. *Traité de criminologie empirique*. 3e éd. Montréal, Qc : Les Presses de l'Université de Montréal; 2003 : 111-34.
- Bellot C. Le monde social de la rue: expériences des jeunes et pratiques d'intervention à Montréal. Montréal, Qc : Université de Montréal ; 2001;Thèse de doctorat.
- Brassard R et Cousineau MM. Victimisation et prise en charge des itinérants: entre aide et contrôle. Dans : Laberge D, dir. *L'errance urbaine*. Québec, Qc : Éditions MultiMondes; 2000 : 361-76.
- Burt MR. Impact of housing and work supports on outcomes for chronically homeless adults with mental illness: LA's HOPE. *Psychiatr Serv* 2012;63(3):209-15.
- Caplan B, Schutt RK, Turner WM, Goldfinger SM, Seidman LJ. Change in neurocognition by housing type and substance abuse among formerly homeless seriously mentally ill persons. *Schizophr Res* 2006;83(1):77-86.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. Meilleures pratiques: Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Ottawa, Ont. : Santé Canada; 2002.
- Clark C et Rich AR. Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatr Serv* 2003;54(1):78-83.
- Coldwell CM et Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(3):393-9.
- Collins SE, Clifasefi SL, Andrasik MP, Dana EA, Stahl N, Kirouac M, et al. Exploring transitions within a project-based housing first setting: Qualitative evaluation and practice implications. *J Health Care Poor Underserved* 2012;23(4):1678-97.
- Colombo A. Sortir de la rue: une lutte pour la reconnaissance à l'heure de l'individualisme avancé. Toulouse, France : SociologieS [revue électronique]; 2011. Disponible à : <http://sociologies.revues.org/3199#quotation>.

- Colombo A. La sortie de la rue des jeunes à Montréal: processus ou objectif d'intervention? *Nouvelles pratiques sociales* 2003;16(2):192-210.
- Commission de la santé et des services sociaux. Itinérance : agissons ensemble. Rapport de la Commission de la santé et des services sociaux sur l'itinérance au Québec. Québec, Qc : Assemblée nationale du Québec; 2009.
- Commission des affaires sociales. Le phénomène de l'itinérance au Québec, Mandat d'initiative. Québec, Qc : Assemblée nationale du Québec; 2008.
- Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;2(10).
- Gaetz S, Donaldson J, Richter T, Gulliver T. *The State of Homelessness in Canada 2013*. Toronto, Ont. : Canadian Homelessness Research Network Press; 2013.
- Gilmer TP, Stefancic A, Ettner SL, Manning WG, Tsemberis S. Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(6):645-52.
- Goldfinger SM, Schutt RK, Tolomiczenko GS, Seidman L, Penk WE, Turner W, Caplan B. Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. *Psychiatric Serv* 1999;50(5):674-9.
- Grenier G, Fleury MJ, Imboua A, NGui A. Portrait et dynamique des organismes desservant les personnes itinérantes ou à risque d'itinérance dans la région de Montréal. *Santé mentale au Québec* 2013;38(1):119-41.
- Gulcur L, Stefancic A, Shinn M, Tsemberis S, Fischer SN. Housing, hospitalization and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 2003;13(2):171-86.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, et al. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence-inconsistency. *Journal of clinical epidemiology* 2011;64(12):1294-302.
- Hanratty M. Impacts of Heading Home Hennepin's Housing First programs for long-term homeless adults. *Housing Policy Debate* 2011;21(3):405-19.
- Higgins JPT et Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [updated March 2011]. Oxford, Angleterre : The Cochrane Collaboration; 2011. Disponible à : www.cochrane-handbook.org.
- Hwang SW, Gogosis E, Chambers C, Dunn JR, Hoch JS, Aubry T. Health status, quality of life, residential stability, substance use, and health care utilization among adults applying to a supportive housing program. *Journal of Urban Health* 2011;88(6):1076-90.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999. Québec, Qc: ISQ; 2003.

- Johnsen S et Teixeira L. Staircases, elevators and cycles of change: 'Housing first' and other housing models for homeless people with complex support needs. Londres, Angleterre : Crisis; 2010.
- Kertesz SG, Crouch K, Milby JB, Cusimano RE, Schumacher JE. Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching? *Milbank Q* 2009;87(2):495-534.
- Kessell ER, Bhatia R, Bamberger JD, Kushel MB. Public health care utilization in a cohort of homeless adult applicants to a supportive housing program. *Journal of Urban Health* 2006;83(5):860-73.
- Kothari M. Introduction. Observations préliminaires à la suite de la mission au Canada. New York, NY : Nations Unies; 2007.
- Laberge D, Morin D, Roy S. L'itinérance des femmes: les effets convergents de transformations sociétales. Dans : Laberge D, dir. L'errance urbaine. Québec, Qc : Éditions MultiMondes; 2000 : 83-99.
- Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009;301(13):1349-57.
- Larsen M et Nordentoft M. [Evidence-based treatment of mentally ill homeless persons]. *Ugeskr Laeger* 2010;172(22):1669-75.
- Latimer E, Roy L, McAll C. L'approche Logement d'abord, efficace? Vers une stratégie pour mettre fin à l'itinérance: Résultats du projet Chez soi. Montréal, Qc; 2013.
- Lefebvre Y et Coudari F. *Psycause*. Montréal, Qc : Y. Lefebvre; 1985.
- Leff HS, Chow C, Pepin R, Conley J, Allen IE, Seaman C. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatric Serv* 2009;60(4):473-82.
- Mares AS et Rosenheck RA. A comparison of treatment outcomes among chronically homeless adults receiving comprehensive housing and health care services versus usual local care. *Adm Policy Ment Health* 2011;38(6):459-75.
- Martinez TE et Burt MR. Impact of permanent supportive housing on the use of acute care health services by homeless adults. *Psychiatr Serv* 2006;57(7):992-9.
- McHugo GJ, Bebout RR, Harris M, Cleghorn S, Herring G, Xie H, et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophr Bull* 2004;30(4):969-82.
- Metraux S, Marcus SC, Culhane DP. The New York-New York housing initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2003;54(1):67-71.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. Québec, Qc : MSSS; 2009. Disponible à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-846-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'itinérance au Québec: Cadre de référence. Québec, Qc : MSSS; 2008. Disponible à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-846-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens. Québec, Qc : MSSS; 2005. Disponible à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale. Québec, Qc : MSSS; 2002. Disponible à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-844-03.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Toxicomanie et réduction des méfaits. Québec, Qc : Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) ; 1999. Disponible à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/1099redm.pdf>.
- Montgomery AE, Hill LL, Kane V, Culhane DP. Housing chronically homeless veterans: Evaluating the efficacy of a Housing First approach to HUD-VASH. *Journal of Community Psychology* 2013;41(4):505-14.
- Nelson G, Aubry T, Lafrance A. 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* 2007;77(3):350-61.
- Newman SJ, Reschovsky JD, Kaneda K, Hendrick AM. The effects of independent living on persons with chronic mental illness: An assessment of the Section 8 certificate program. *Milbank Q* 1994; 72(1):171-98.
- O'Campo P, Kirst M, Schaefer-McDaniel N, Firestone M, Scott A, McShane K. Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: a realist approach to synthesizing evidence. *Journal of Urban Health* 2009;86(6):965-89.
- O'Connell MJ, KasproW WJ, Rosenheck RA. Differential impact of supported housing on selected subgroups of homeless veterans with substance abuse histories. *Psychiatr Serv* 2012;63(12):1195-205.
- Padgett DK. There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med* 2007;64(9):1925-36.
- Padgett DK, Gulcur L, Tsemberis S. Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. Dans : van Wormer K et Thyer BA, réd. *Evidence-Based Practice in the Field of Substance Abuse: A book of readings*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications; 2010 : 247-60.

- Patterson M, Somers J, McIntosh K, Shiell A, Frankish CJ. Housing and support for adults with severe addictions and/or mental illness in British Columbia. Victoria, C.-B. : Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA); 2007.
- Pauly B, Carlson E, Parkin K. Strategies to end homelessness: Current approaches to evaluation. Toronto, Ont. : Canadian Homelessness Research Network Press; 2012.
- Pauly B, Reist D, Schactman C, Belle-Isle L. Housing and harm reduction: A policy framework for greater Victoria. Victoria, C.-B. : Center for Addictions Research of BC; 2011.
- Réseau canadien de recherches sur l'itinérance (RCRI). La définition canadienne de l'itinérance. Réseau canadien de recherches sur l'itinérance. Toronto, Ont. : Homeless Hub; 2012. Disponible à : <http://www.homelesshub.ca/ResourceFiles/CHRNhomelessdefinitionFR.pdf>.
- Rog DJ. The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004;27(4):334.
- Rosenheck R, Kasprow W, Frisman L, Liu-Mares W. Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(9):940-51.
- Roy S, Noiseux Y, Thomas G. Le RAPSIM, le logement et la question du support communautaire. Montréal, Qc : Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM); 2003.
- Rutter D, Francis J, Coren E, Fisher M. SCIE systematic research reviews: Guidelines. 2e éd. Londres, Angleterre : Social Care Institute for Excellence (SCIE); 2010.
- Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, Buchanan D. Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: A randomized trial. *JAMA* 2009;301(17):1771-8.
- Schiff JW, Rook J, Hub H. Housing First: Where is the Evidence? Toronto, Ont. : Homeless Hub; 2012.
- Schutt RK. Homelessness, housing, and mental illness. Cambridge, MA : Harvard University Press; 2011.
- Siegel CE, Samuels J, Tang DI, Berg I, Jones K, Hopper K. Tenant outcomes in supported housing and community residences in New York City. *Psychiatr Serv* 2006;57(7):982-91.
- Stanhope V, Marcus S, Solomon P. The impact of coercion on services from the perspective of mental health care consumers with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2009;60(2):183-8.
- Tan de Bibiana J. Housing first and emergency department utilization among homeless individuals with mental illness in Vancouver. Vancouver, C.-B. : University of British Columbia; 2013;Mémoire de maîtrise.
- Tsai J, Rosenheck RA, Sullivan J, Harkness L. A group-intensive peer support model of case management for supported housing. *Psychological Services* 2011;8(3):251.
- Tsemberis S. Housing First manual: The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction. Center City, MN : Hazelden; 2010.

Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health* 2004;94(4):651-6.

Tsemberis SJ, Moran L, Shinn M, Asmussen SM, Shern DL. Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: A drop-in center and a supported housing program. *Am J Community Psychol* 2003;32(3-4):305-17.