

Notre état de santé est
empreint de nos modes
de vie, d'apprentissage
et de travail.



Améliorer la santé
des Canadiens
2007-2008

Santé mentale
et itinérance

Initiative sur la santé de la population canadienne



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario)
K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca

ISBN 978-1-55465-048-4 (PDF)

© 2007 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*, Ottawa, ICIS, 2007.

This publication is also available in English under the title *Improving the Health of Canadians: Mental Health and Homelessness*.

ISBN 978-1-55465-046-0 (PDF)

Table des matières

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne .....	.iii
À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé .....	.iii
Conseil de l'ISPC .....	.v
Remerciements .....	.vii
Introduction .....	.3
Section 1. Santé mentale et itinérance : Qu'est-ce qui mène à l'itinérance? .....	.7
Qu'est-ce que l'itinérance? .....	.8
Quelle est l'ampleur de l'itinérance au Canada? .....	.9
Quels sont les facteurs de risque associés à l'itinérance ou qui y mènent? .....	.12
Quel est l'association entre la santé mentale et l'itinérance? .....	.13
Stress .....	.13
Adaptation .....	.14
Soutien social .....	.14
Estime de soi .....	.15
Comportements suicidaires .....	.16
Quel est le lien entre la maladie mentale et l'itinérance? .....	.16
Schizophrénie et troubles de la personnalité .....	.16
Abus de substances psychoactives et troubles concomitants .....	.17
Symptômes de dépression et troubles dépressifs majeurs .....	.18
Déterminer l'état de la santé mentale et de la maladie mentale chez les itinérants .....	.18
Utilisation des services de santé mentale .....	.20
Section 2. Santé mentale et itinérance : Politiques et programmes .....	.27
Politiques sur la santé mentale au Canada .....	.28
Derniers développements à l'échelle nationale .....	.28
Politiques sur la santé mentale à l'échelle provinciale .....	.29
Promotion de la santé mentale chez les itinérants : programmes de logement .....	.31
Le modèle de continuum des soins (Treatment First) .....	.31
Le modèle Housing First .....	.31
Efficacité des programmes Treatment First et Housing First .....	.32
Promotion de la santé mentale chez les itinérants : programmes	
communautaires de santé mentale .....	.33
Services de liaison externe .....	.33
Traitement communautaire dynamique .....	.34
Gestion des cas graves .....	.34
Intégration des services .....	.34
Promotion de la santé mentale chez les itinérants : une approche axée	
sur la santé de la population .....	.35
Conclusion .....	.39
Principaux messages et lacunes de l'information .....	.42
Quelles sont les recherches de l'ISPC dans le domaine? .....	.44
Pour en savoir plus .....	.45
Ressources Internet .....	.47
Références .....	.49
À vous la parole! .....	.59

Tableaux

Tableau 1.	Nombre d'itinérants (prévalence ponctuelle ou annuelle), par région métropolitaine de recensement (RMR)	10
Tableau 2.	Maladies mentales déclarées chez les itinérants d'un échantillon de villes canadiennes	19
Tableau 3.	Utilisation des hôpitaux, itinérants et autres patients, 2005-2006	21
Tableau 4.	Cinq principales causes des visites à l'urgence, itinérants et autres patients, 2005-2006	23
Tableau 5.	Cinq principales causes d'hospitalisation, itinérants et autres patients, 2005-2006	23

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a été mise sur pied en 1999. La mission de l'ISPC comporte deux volets :

- aider à mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités;
- contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

En tant qu'acteur de premier plan dans le domaine de la santé de la population, l'ISPC :

- analyse les éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour contribuer aux politiques qui améliorent la santé des Canadiens;
- commande des travaux de recherche et crée des partenariats scientifiques pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population;
- résume les éléments de preuve concernant les expériences politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives politiques et élabore des options politiques;
- travaille à améliorer les connaissances du public et sa vision des déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités;
- travaille au sein de l'ICIS pour contribuer à l'amélioration du système de santé au Canada et de la santé des Canadiens.

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Conseil de l'ISPC

Un conseil, composé de chercheurs et de décisionnaires renommés provenant des quatre coins du Canada, guide l'ISPC dans ses travaux.

- **Cordell Neudorf (président par intérim)** médecin hygiéniste en chef et vice-président, Recherche, Saskatoon Health Region, Saskatchewan;
- **Richard Lessard (président — en congé sabbatique)**, directeur, Prévention et Santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Québec;
- **David Allison**, médecin hygiéniste en chef, Eastern Regional Integrated Health Authority, Terre-Neuve-et-Labrador;
- **Monique Bégin**, professeure émérite, Faculté des sciences de la santé et professeure invitée, Programme en administration de la santé, Université d'Ottawa, Ontario;
- **André Corriveau**, médecin hygiéniste en chef et directeur, Santé de la population, ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Territoires du Nord-Ouest;
- **Judy Guernsey**, professeure agrégée, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Faculté de médecine de l'Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse ;
- **Richard Massé**, président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec, Québec;
- **Lynn McIntyre**, professeure, Département des sciences de la santé dans la collectivité, Université de Calgary, Alberta;
- **John Millar**, directeur général, Unité de surveillance de la santé des populations et de planification du contrôle des maladies pour la régie provinciale des services de santé, Vancouver, Colombie-Britannique;
- **Ian Potter**, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Ontario;
- **Deborah Schwartz**, directrice exécutive, Direction de la santé des Autochtones, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Colombie-Britannique;
- **Gregory Taylor** (membre d'office), directeur général, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Ontario;
- **Elinor Wilson**, présidente, Procréation assistée Canada, Santé Canada, Ontario;
- **Michael Wolfson** (membre d'office), statisticien en chef adjoint, Secteur de l'analyse et du développement, Statistique Canada, Ontario.

Remerciements

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), tient à remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont participé à l'élaboration du rapport *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*. L'ISPC tient également à remercier les membres du Groupe consultatif d'experts, qui lui ont fait profiter, tout au long de la rédaction du rapport, de leurs conseils inestimables. Les membres du Groupe consultatif d'experts étaient les suivants :

- **Gregory Taylor** (président), directeur général, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Ontario;
- **Carl Lakaski**, analyste principal des politiques, Unité de la promotion de la santé mentale, Division de la santé des collectivités, Agence de santé publique du Canada, Ontario;
- **Kathy Langlois**, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Ontario;
- **Alain Lesage**, professeur, Département de psychiatrie, Université de Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Québec;
- **Dora Nicinski**, présidente-directrice générale, Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (Région 2), Nouveau-Brunswick;
- **Rémi Quirion**, directeur, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT), Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Québec;
- **Margaret Shim**, gestionnaire de projet, Population Health Strategies, Alberta Health and Wellness et professeure agrégée adjointe, Faculty of Rehabilitation Medicine, Department of Occupational Therapy, Université de l'Alberta, Alberta;
- **Phil Upshall**, directeur exécutif national, Société pour les troubles de l'humeur du Canada, Ontario;
- **Cornelia Wieman**, codirectrice, Indigenous Health Research Development Program, et professeure agrégée, Department of Public Health Sciences, Faculty of Medicine, Université de Toronto, Ontario.

L'ISPC veut également exprimer sa reconnaissance aux membres du comité de lecture qui ont évalué le rapport et qui lui ont fait profiter de leurs précieux commentaires :

- **Stephen Hwang**, professeur agrégé en médecine et directeur, Division of General Internal Medicine, Université de Toronto; chercheur scientifique, Centre for Research on Inner City Health, Hôpital St. Michael's;
- **Susan Farrell**, psychologue et responsable de la recherche en évaluation du programme communautaire de santé mentale, Services de santé Royal Ottawa; professeure agrégée, Département de psychiatrie, Faculté de médecine et professeure clinicienne, École de psychologie, Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa; chercheuse, Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa;
- **Michelle Gold**, directrice principale, Politiques et programmes, Association canadienne pour la santé mentale, Ontario.

Veillez noter que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne traduisent pas nécessairement l'opinion du Groupe consultatif d'experts, des membres du comité de lecture ou de leur organisme affilié.

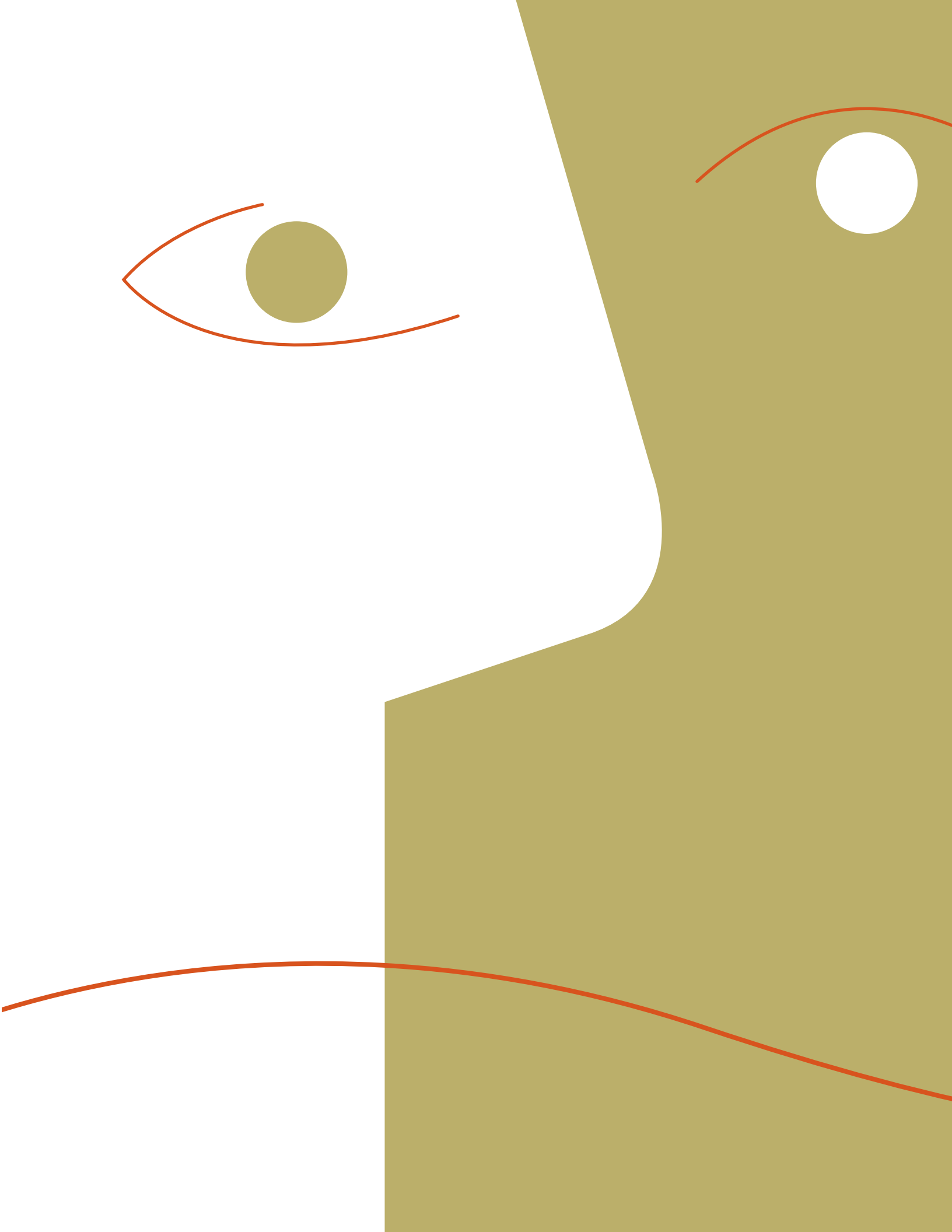
L'ISPC tient à remercier le Conseil d'administration de l'ICIS et le Conseil de l'ISPC qui ont contribué, grâce à leur soutien et à leurs conseils, à la définition de l'orientation stratégique du rapport.

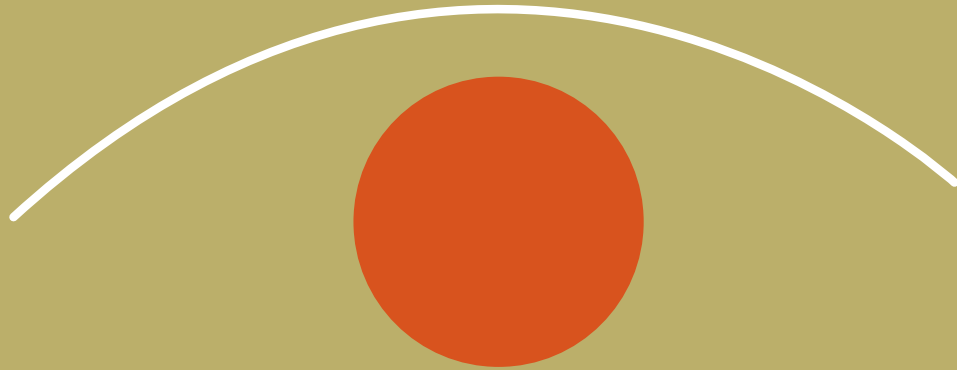
L'équipe de projet chargée de la production du rapport se composait des employés de l'ISPC suivants :

- **Elizabeth Votta**, gestionnaire de projet et rédactrice
- **Nadine Valk**, conseillère en matière de politiques et rédactrice
- **Keith Denny**, coordonnateur de la revue de la littérature
- **Stephanie Paolin**, analyste et rédactrice
- **Anne Markhauser**, analyste principale
- **Anne-Marie Robert**, conseillère en analyse
- **Candis Sabean**, responsable de l'assurance de la qualité
- **Andrea Wills**, responsable de l'assurance de la qualité
- **Lisa Sullivan**, réviseure
- **Elizabeth Gyorfi-Dyke**, réviseure
- **Jennifer Zelmer**, réviseure

L'ISPC tient également à remercier les membres du personnel de la Division de la recherche sur les services de santé de l'ICIS qui ont participé à l'analyse des données présentées dans le rapport.

Enfin, l'ISPC tient à souligner les efforts continus déployés par les chercheurs qui œuvrent dans le domaine de la santé de la population pour faire progresser ses connaissances et sa compréhension des questions importantes qui entourent les déterminants de la santé et les façons d'améliorer la santé de la population.





Santé mentale et itinérance

Introduction

La santé mentale, c'est plus que l'absence d'un diagnostic de maladie mentale¹. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (p. 1)² ». L'Agence de santé publique du Canada a également adopté une définition globale : « La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle (p. 2)³. »

La santé mentale est de plus en plus au centre des discussions sur la santé et le bien-être en général⁴. À l'échelle fédérale, le gouvernement canadien vient d'annoncer qu'il accordera des fonds à la Commission canadienne de la santé mentale⁵. Un certain nombre de rapports sur la santé mentale au Canada ont également été publiés, dont celui de l'Agence de santé publique du Canada intitulé *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006*⁶ et celui du Sénat intitulé *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*⁷. Les provinces, territoires, régions sanitaires et autres réalisent également de nombreuses études.

En adoptant la santé mentale et le ressort psychologique comme un de ses thèmes prioritaires pour la période de 2007 à 2010, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) espère miser sur les efforts déployés et les guider. Nos recherches porteront sur les aspects positifs de la santé mentale et du ressort psychologique, dont l'autoperception de l'état de santé mentale, les capacités d'adaptation et l'estime de soi, ainsi que sur les déterminants de la santé mentale, soit les facteurs favorisant la bonne santé mentale.

Un certain nombre de facteurs ou de déterminants de la santé peuvent influencer sur la santé mentale, qu'ils soient individuels, physiques, environnementaux, sociaux, culturels ou socioéconomiques³. Ces facteurs, comme d'autres, peuvent avoir une interaction complexe sur la santé mentale qui peut parfois être difficile à saisir. En nous concentrant sur des groupes précis de la population, comme les itinérants, il est possible d'explorer ces liens davantage. *Santé mentale et itinérance* est le premier des trois rapports de la série *Améliorer la santé des Canadiens* portant sur la santé mentale que l'ISPC publiera au cours des 18 prochains mois.

Les itinérants vivent dans des refuges, dans la rue, avec des amis ou de la famille, ou dans d'autres installations. Selon Statistique Canada, on dénombre plus de 10 000 personnes sans abri n'importe quel soir au Canada⁷. Des études indiquent que les itinérants sont plus susceptibles que d'autres personnes d'avoir des problèmes de santé mentale^{3,8} et de la difficulté à accéder aux services de santé⁹.

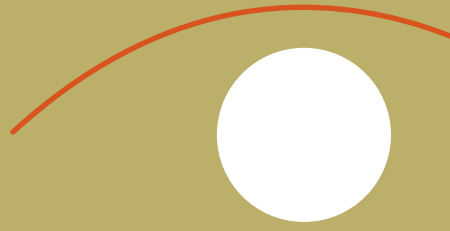
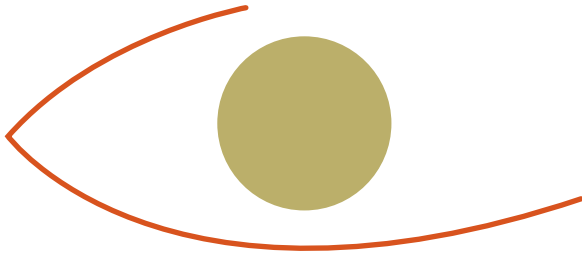
Il existe beaucoup de liens entre la santé mentale et l'itinérance. Un certain nombre de facteurs influant sur les caractéristiques de la santé mentale ou de la maladie mentale sont également liés aux déterminants de l'itinérance^{3,10,11}. En outre, les problèmes liés à la santé mentale et la maladie mentale peuvent mener à l'itinérance, ou y contribuer¹²; ils peuvent également s'aggraver si la personne demeure itinérante¹³.

Le rapport, qui comprend deux sections, présente un aperçu de la recherche, des données, des interventions et des orientations stratégiques associées à la santé mentale et à l'itinérance. La première section fait état de la prévalence estimée de l'itinérance et des problèmes autodéclarés de santé mentale chez les itinérants des quatre coins du pays. La deuxième section examine l'efficacité de deux types de politiques et de programmes connexes, soit les programmes de logement et les programmes communautaires de santé mentale, ainsi que leur rôle dans la promotion de la santé mentale et l'encadrement des personnes en leur permettant de trouver un moyen de se sortir de l'itinérance. Le rapport se termine par un aperçu de ce que nous savons et de ce qu'il nous reste à découvrir à propos des liens entre la santé mentale et l'itinérance.

**Série de rapports
Améliorer la santé
des Canadiens
de l'ISPC**

La série de rapports *Améliorer la santé des Canadiens* de l'ISPC a pour but de résumer les principaux résultats de recherche sur un thème donné, de présenter de nouvelles analyses de données sur un sujet et de partager les éléments de preuve sur ce que nous savons et ignorons de l'efficacité des politiques et des programmes. L'objectif

sous-jacent de chaque rapport consiste à brosser un tableau qui saura intéresser les responsables de l'élaboration des politiques et les décisionnaires dans le but de faire progresser la réflexion et les interventions liées à la santé de la population au Canada.



1



1

Santé mentale et itinérance

Qu'est-ce qui mène
à l'itinérance?

L'itinérance, ou le risque de se retrouver sans abri, est une dure réalité pour de nombreux Canadiens. Le phénomène de l'itinérance ne se limite pas à un groupe en particulier; ce peut être le lot des jeunes, des hommes, des femmes, des familles monoparentales ou biparentales, des personnes âgées, des nouveaux immigrants, des Autochtones ou d'autres¹⁴. Il ne s'agit pas d'une caractéristique individuelle, mais plutôt d'une situation qui peut être temporaire, épisodique ou de longue durée⁹.

Les études démontrent que les itinérants sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale et de souffrir de maladies mentales^{3, 8}. Pour certains, ces problèmes peuvent mener à l'itinérance¹². Pour d'autres, ils peuvent s'aggraver si l'état d'itinérance persiste¹³. En même temps, il est important de noter que les personnes souffrant de maladie mentale ne sont pas toutes itinérantes, et que les personnes itinérantes ne souffrent pas toutes d'une maladie mentale. Par exemple, une étude réalisée à Toronto en 1997 auprès de 300 utilisateurs de refuges révèle que la maladie mentale était la raison la moins citée comme étant à l'origine de l'itinérance (4 %), même si les deux tiers des répondants ont déclaré un diagnostic permanent de maladie mentale¹⁵; le principal motif était lié à une perte d'emploi ou un revenu insuffisant pour payer le loyer (34 %)¹².

**Comment
avons-nous
choisi les
ouvrages
de référence?**

Un protocole de recherche a été élaboré dans le but de trouver des études portant sur l'itinérance et les problèmes liés au logement, la santé mentale, la maladie mentale et les services de santé mentale. Ce protocole précisait les bases de données d'ouvrages publiés à dépouiller, les termes précis de recherche, les sources de données non officielles sur le Web (ouvrages non traditionnels que l'on ne peut se procurer en consultant des sources commerciales) ainsi que des éléments précis permettant d'effectuer des recherches manuelles. Dans la mesure du possible, nous avons limité les recherches aux études publiées en anglais ou en français. La stratégie de recherche ne tenait pas compte du type de publication, de la date, du type de recherche, de la méthodologie ou de la géographie.

Des stratégies de recherche ont été élaborées pour les bases de données suivantes : Pubmed, PsycINFO, ERIC, EMBASE, Sociological Abstracts, The Cochrane Collaboration et PAIS International. Nous avons dépouillé les ressources électroniques suivantes pour trouver des livres, des études systématiques et des données non officielles : AMICUS, Native Health Research Database, health-evidence.ca, WHOLIS, EPPI-Centre, Evidence-based Health Promotion, Community Guide et National Center for Mental Health and Juvenile Justice. Les ouvrages suivants ont été dépouillés manuellement : *Canadian Journal of Community Mental Health*; *Santé mentale au Québec*; *Community Mental Health Journal*; *Canadian Journal of Psychiatry*; *Aspect humain*

*de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*³; *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*⁶; une analyse de la conjoncture sur la santé mentale non publiée commandée par l'ISPC en 2006; et les bibliographies compilées par le National Resource and Training Center on Homelessness and Mental Illness.

Ces recherches nous ont permis de trouver 4 400 articles que nous avons triés en fonction de la pertinence du titre. Nous avons ainsi pu réduire le nombre d'articles à environ 1 500, dont les résumés ont été soumis à un deuxième examen en fonction de la pertinence. Nous avons par la suite conservé 800 articles que nous avons examinés en entier. Les articles ont subi un premier tri en fonction du type d'étude, du sujet de la recherche, de l'année de publication et du lieu où l'étude a été réalisée, puis nous avons procédé à une évaluation critique en fonction des hypothèses, des descripteurs de l'échantillonnage, des mesures, des résultats ainsi que des forces et des limites de l'étude. Les 180 articles restants ont permis de créer la réserve d'ouvrages pouvant être utilisés aux fins du présent rapport. Ces articles constituent également la base d'une bibliographie annotée, qui sera affichée sur le site Web de l'ISPC (www.icis.ca/ispc). Dans la mesure du possible, nous faisons référence aux ouvrages canadiens; nous avons fait appel aux ouvrages américains et australiens au besoin ou lorsqu'il n'existait aucun ouvrage canadien sur le sujet.

Qu'est-ce que l'itinérance?

Pour le moment, il n'existe aucune définition universelle de l'itinérance. On ne peut s'entendre sur la portée de la définition (par exemple, doit-on inclure uniquement les personnes qui vivent dans des refuges ou celles qui vivent dans des endroits publics à l'extérieur des refuges)¹⁶, la durée minimale de la période d'itinérance⁹ (par exemple, un nombre précis de jours ou de semaines) et les groupes d'âges (particulièrement dans les recherches portant sur les jeunes)¹⁷.

La plupart des définitions réservent le terme « itinérance » aux personnes sans abri physique qui dorment dans la rue ou dans des refuges d'urgence⁹. D'autres définitions sont plus inclusives et englobent les personnes qui vivent dans un abri qui ne répond pas à certains critères de base en matière de santé et de sécurité, incluant la protection contre les intempéries, l'accès à des installations sanitaires, la sécurité des personnes et la garantie d'occupation⁹. Par exemple, différentes définitions incluent les éléments suivants :

- Itinérants absolus : « Lorsqu'une personne vit dans la rue, ou dans un endroit impropre à l'habitat humain (par exemple, un immeuble ou un véhicule abandonné) (p. 5)¹⁸. » [Traduction]
- Sujets à l'itinérance : « Ménages qui accordent plus de la moitié de leur revenu total au logement (p. 5)¹⁸... » [Traduction]
- Itinérants clandestins : Personnes « qui habitent temporairement chez des amis ou des parents (p. 11)¹⁴ ». [Traduction] Celles-ci n'habitent pas dans des refuges et peuvent être difficiles à dénombrer¹⁴.

Quelle est l'ampleur de l'itinérance au Canada?

Personne ne connaît le nombre exact d'itinérants au Canada⁹. Dans le cadre du Recensement de 2001, Statistique Canada traitait du nombre d'utilisateurs des refuges au Canada. Les résultats, obtenus pour la plupart dans les grands centres urbains, dénombrent plus de 10 000 itinérants n'importe quel soir⁷.

Certaines collectivités ont également entrepris d'estimer les données à l'échelle locale. Le tableau 1 présente des estimations ponctuelles de la prévalence du nombre d'itinérants pour une journée donnée dans différentes villes canadiennes, ainsi que des estimations de la prévalence annuelle du nombre d'itinérants pour une année donnée. Les définitions utilisées pour ces estimations diffèrent, tout comme les méthodes de dénombrement. Le tableau 1 présente plusieurs des défis auxquels les personnes qui tentent de déterminer l'ampleur de l'itinérance au Canada sont confrontées, notamment :

- L'information sur les itinérants est définie, recueillie et déclarée de différentes façons, ce qui limite la comparabilité des données entre les villes. Les différentes méthodes d'échantillonnage¹⁶ ou de dénombrement de la population d'itinérants d'une ville¹⁹ peuvent entraîner une surestimation ou une sous-estimation des données¹⁴.

- Il est parfois difficile de joindre la population d'itinérants (par exemple, les jeunes de la rue) dans le cadre des recherches^{17, 20}, puisque les itinérants n'ont pas tous recours aux services de refuges traditionnels⁸.
- On ne dispose pas de données représentatives et actuelles suffisantes à l'échelle des provinces et des territoires. Par exemple, certains chiffres relatifs à une ville ont été calculés en 2001 alors que d'autres ont été calculés l'an dernier.
- Les données sont recueillies à différentes périodes de l'année. On peut noter certaines différences chez la population d'itinérants au gré des saisons, ce qui peut influencer les résultats¹⁴.
- La plupart des données sont fondées sur des estimations ponctuelles. Cette méthode est plus simple que le calcul du nombre d'itinérants à un moment précis de l'année, mais elle entraîne habituellement des estimations plus faibles et susceptibles de ne pas représenter le nombre total de personnes qui se retrouvent sans abri tout au long de l'année²¹.
- Peu importe la méthode utilisée, des thèmes communs se dégagent des estimations, comme le fait que l'itinérance est plus répandue chez certains groupes que d'autres. Par exemple, à Hamilton, les Autochtones représentent 1,3 % de la population totale et 20 % de la population d'itinérants¹⁸. À Vancouver, les Autochtones représentent 2 % de la population totale et 30 % de la population d'itinérants^{22, 23}.

Le fait que l'on ne puisse brosser un tableau réaliste de la prévalence et de la composition de la population d'itinérants au Canada peut avoir de graves conséquences. Si nous ignorons le nombre d'itinérants, qui ils sont et quels sont leurs besoins, il peut être difficile, par exemple, de déterminer de façon précise la nécessité ou l'efficacité des politiques et des programmes²⁴.

Tableau 1
Nombre d'itinérants (prévalence ponctuelle ou annuelle), par région métropolitaine de recensement (RMR)

Estimations Ponctuelles		
Ville et date de collecte des données	Définitions et estimations	Répartition selon le sexe, l'âge et le statut d'autochtone*
Victoria²⁵ (C.-B.) 15 janvier 2005 (de minuit à 6 h)	Nombre total d'itinérants (nombre d'itinérants absolus dans des régions géographiques précises et dans des refuges) : 700 Selon le rapport, 175 itinérants ont accepté de participer à un sondage; 146 d'entre eux (84 %) n'avaient aucun refuge	Sexe : 103 hommes (63 %); 60 femmes (37 %) recensés Âge : 33 ans (âge moyen de l'échantillonnage) Autochtones : 68 répondants du sondage
Vancouver²³ (C.-B.) 15 mars 2005 (de 00 h 01 à 23 h 59)	Nombre total d'itinérants (sans endroit où rester pendant plus de 30 jours) : 2 174 • Refuges/maisons d'hébergement : 939 • Maisons de transition : 108 • Dans la rue : 1 127	Sexe : 1 483 hommes (73 %); 534 femmes (26 %) Âge : 19 à 24 ans : 220 (11 %); 25 à 64 ans : 1 651 (83 %) Autochtones : 515 (30 %)
Upper Fraser Valley²⁶ (C.-B.) Sondage sur 24 heures : nuit du 19 août, journée du 24 août 2004	Nombre total d'itinérants (refuges, dans la rue, clandestins) : 411 • Abbotsford : 226 • Chilliwack : 87 • Mission : 75 • Autres collectivités : 23	Sexe : 277 hommes (67 %); 134 femmes (33 %) Âge : Moins de 15 ans à 24 ans : 90 (23 %); 25 à 64 ans : 288 (74 %) Autochtones : 41 (15 %)
Edmonton²⁷ (Alb.) 17 et 18 octobre 2006 (de 5 h à 5 h)	Nombre total d'itinérants : 2 618 • Itinérants ayant un refuge : 844 (32 %) • Itinérants absolus (aucune option de logement) : 1 774 (68 %)	Sexe : 1 820 hommes (70 %); 608 femmes (23 %) Âge : 17 à 30 ans : 678 (26 %); 31 à 65 ans : 1 712 (66 %) Autochtones : 986 (38 %)
Calgary²⁸ (Alb.) 10 mai 2006 (de 21 h à minuit dans la rue; de 18 h à 6 h pour les services)	Nombre total recensés : 3 436 • Établissements d'urgence et de transition : 2 823 (82 %) • Dans la rue : 429 (13 %) • Agences de services autres que des refuges : 184 (5 %)	Sexe : 2 670 hommes (78 %); 766 femmes (22 %) Âge : 18 à 24 ans : 343 (10 %); 25 à 64 ans : 2 562 (75 %) Autochtones : 593 (17 %)
Saskatoon⁷ (Sask.) Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 50 **	Sexe : 20 hommes; 30 femmes Âge : 15 à 34 ans : 20; 35 à 64 ans : 10
Regina⁷ (Sask.) Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 70 **	Sexe : 65 hommes; 5 femmes Âge : 15 à 34 ans : 30; 35 à 64 ans : 35
Winnipeg¹⁹ (Man.) Nuit du 22 juin 2005	Nombre total de personnes ayant recours aux refuges d'urgence (excluant celles qui vivent dans la rue et les itinérants clandestins) : 125	Sexe : 101 hommes (81 %); 24 femmes (19 %) Âge : 15 à 34 ans : 56; 35 à 64 ans : 64 Autochtones : 77 (62 %)
Grand Sudbury²⁹ (Ont.) Du 23 au 29 juillet 2003	Nombre total de personnes à risque et actuellement sans abri : 608 • Risque élevé d'itinérance : 371 • Itinérants absolus : 237	Sexe : 59 % d'hommes; 41 % de femmes Âge : 13 à 19 ans : 80 (13 %); 20 à 59 ans : 415 (68 %) Autochtones : 21 %
Windsor⁷ (Ont.) Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 200 **	Sexe : 140 hommes; 65 femmes Âge : 15 à 34 ans : 70; 35 à 64 ans : 110
Hamilton¹⁸ (Ont.) Un soir donné de novembre 2004	Nombre total de personnes dans les refuges : 399	Sexe : 237 hommes; 20 femmes Âge : 16 à 21 ans : 21 Autochtones : 20 %
Toronto²¹ (Ont.) Nuit du 19 avril 2006	Nombre total (excluant les itinérants clandestins) : 5 052 • À l'extérieur : 818 (16 %) • Refuges : 3 649 (72 %) • Refuges pour femmes victimes de violence : 171 (3 %) • Hôpitaux/centres de traitement : 275 (5 %) • Établissements correctionnels : 139 (3 %)	Sexe : 1 422 hommes (73 %); 518 femmes (26 %) Âge : Moins de 21 ans : 150 (8 %); 21 à 60 ans : 1 597 (87 %) Autochtones : 312 (16 %)
Région de Durham³⁰ (Ont.) 7 et 8 mars 2006 (de 19 h à 19 h)	Nombre total d'itinérants ayant recours aux services : 133	Sexe : 53 % hommes; 46 % femmes Âge : 17 à 24 ans : 14 %; 25 à 64 ans : 84 %

Tableau 1 (suite)
 Nombre d'itinérants (prévalence ponctuelle ou annuelle), par région métropolitaine de recensement (RMR)

Estimations Ponctuelles		
Ville et date de collecte des données	Définitions et estimations	Répartition selon le sexe, l'âge et le statut d'autochtone*
Kingston⁷ (Ont.) Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 40 **	Sexe : 25 hommes; 10 femmes Âge : 15 à 34 ans : 10; 35 à 64 ans : 25
Montréal⁷ (Qc) Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 1 785 **	Sexe : 1 220 hommes; 565 femmes Âge : 15 à 34 ans : 535; 35 à 64 ans : 1 025
Trois-Rivières⁷ (Qc) Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 10 **	Sexe : 5 hommes; 10 femmes Âge : 35 à 64 ans : 5
Sherbrooke⁷ (Qc) Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 160 **	Sexe : 115 hommes; 45 femmes Âge : 15 à 34 ans : 50; 35 à 64 ans : 75
Québec⁷ (Qc) Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 255 **	Sexe : 195 hommes; 60 femmes Âge : 15 à 34 ans : 80; 35 à 64 ans : 160; 65 ans et plus : 20
Saint John⁷ (N.-B.) Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 90 **	Sexe : 85 hommes; 5 femmes Âge : 15 à 34 ans : 15; 35 à 64 ans : 60; 65 ans et plus : 15
Halifax²¹ (N.-É.) 17 juin 2004 (de 21 h à minuit) Dans la rue; pour la nuit afin d'obtenir des services	<ul style="list-style-type: none"> • Refuges : 132 • Dans la rue : 82 • Établissements de transition : 50 • Centres d'hébergement ou communautaires : 27 • Services d'urgence : 1 	Sexe : 178 hommes (67 %); 87 femmes (33 %) Âge : Moins de 18 ans : 31 (12 %); 19 à 24 ans : 59 (22 %); 25 à 64 ans : 171 (65 %) Autochtones : 9 (3 %)
St. John's⁷ (T.-N.-L.) Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 25 **	Sexe : 25 hommes; 5 femmes Âge : 15 à 34 ans : 15; 35 à 64 ans : 10
Territoires⁷ Jour du Recensement de 2001	Population dans les refuges : 40 **	Sexe : 40 hommes; 5 femmes Âge : 15 à 34 ans : 15; 35 à 64 ans : 15; 65 ans et plus : 15
Prévalence annuelle		
Ville et date de collecte des données	Définitions et estimations	Répartition selon le sexe, l'âge et le statut d'autochtone*
Thunder Bay, (Ont.)³² 2004	Utilisation totale des lits dans trois refuges : 9 746	Aucune information fournie
London, (Ont.)³³ 2005	En moyenne, 526 personnes ont eu recours aux refuges d'urgence chaque nuit	Aucune information fournie
Région de Waterloo, (Ont.)^{34, 35} 2006	2 653 personnes ont eu recours aux refuges d'urgence ³⁴	Information recueillie en mars et avril 1999 ³⁵ Sexe : Les femmes représentaient environ 60 % des utilisateurs des refuges Âge : Moyenne d'âge : 32 ans Autochtones : 12 (4 %)
St. Catharines/Niagara, (Ont.)³⁶ 2003	Nombre total d'utilisateurs en 2003 : 3 123	Plus de 1 000 familles et individus autochtones ont eu recours à de l'aide au logement en 2002
Ottawa, (Ont.)³⁷ 2006	9 010 personnes ont eu recours à un refuge en 2006	Sexe : 5 007 hommes; 1 451 femmes Âge : 607 jeunes

* En raison de l'arrondissement ou de l'absence de réponse, les valeurs ne correspondent pas toujours à 100 % ou au total de l'échantillon. En outre, ces estimations reflètent un échantillon de sous-groupes ou de groupes d'âge qui composent la population d'itinérants et n'arrivent pas toujours à 100 %; veuillez consulter les références appropriées pour de plus amples renseignements sur la façon de calculer la population d'itinérants dans une ville donnée.

** Les chiffres indiqués « ... » ont fait l'objet d'un arrondissement aléatoire qui supprime toute possibilité d'associer des données statistiques à une personne facilement reconnaissable. Selon cette méthode, tous les chiffres, y compris les totaux et les marges, sont arrondis de façon aléatoire (vers le haut ou vers le bas) jusqu'à un multiple de cinq (p.333)³⁸.

Remarques : Les estimations susmentionnées proviennent de rapports pour lesquels on a utilisé différentes méthodes dans le but d'identifier et d'estimer la population d'itinérants d'une ville; dans de nombreux cas, il s'agit de sous-estimations puisqu'on n'a pas été en mesure de compter toutes les personnes. Les estimations ponctuelles ne sont pas représentatives du nombre total de personnes qui peuvent être itinérantes au cours de l'année³¹. Pour cette raison, on ne devrait pas comparer les données d'une ville à l'autre.

Quels sont les facteurs de risque associés à l'itinérance ou qui y mènent?

Une combinaison de facteurs économiques, physiques, psychologiques et sociaux peuvent être à l'origine de l'itinérance. Pour certains, ces facteurs sont associés au revenu, à l'emploi, au logement et à d'autres grands déterminants sociaux pouvant inclure, séparément ou en combinaison :

- la part du revenu accordée au logement^{11,39} (par exemple, le loyer)⁴⁰;
- la baisse du nombre de nouveaux logements locatifs et du taux d'inoccupation pour les locataires¹¹;
- les longues listes d'attente pour un logement subventionné¹¹;
- la pauvreté¹⁰ et le revenu inadéquat^{10,11};
- la monoparentalité (souvent associée à un faible revenu)¹¹;
- la perte d'emploi⁴¹.

La maladie mentale¹² et la toxicomanie^{12,41} peuvent également constituer un facteur de risque pouvant entraîner l'itinérance chez certaines personnes. Ces facteurs ont tendance à être reliés à plusieurs des facteurs susmentionnés; les personnes souffrant de maladie mentale grave et de toxicomanie peuvent avoir des choix limités en matière de logement, d'emploi et de revenu⁴². La maladie mentale et la toxicomanie ne mènent pas toujours à l'itinérance. Cependant, chez les personnes pour qui c'est le cas, elles peuvent contribuer à prolonger la période d'itinérance⁴².

Les facteurs pouvant mener à l'itinérance peuvent également être d'ordre social. Pour les jeunes sans abri, il peut s'agir d'un conflit familial⁴³, du décrochage⁴³ ou de l'abus de substances psychoactives des parents⁴³. D'autres facteurs peuvent être liés plus particulièrement à la santé mentale et au bien-être, comme la perte de soutien⁴¹, une mauvaise image de soi (particulièrement chez les jeunes hommes itinérants)⁴⁴ et les conflits interpersonnels^{12,41}.

Problèmes de santé physique associés à l'itinérance

Les ouvrages publiés indiquent que les itinérants présentent des risques élevés d'éprouver un certain nombre de problèmes de santé, incluant la maladie pulmonaire obstructive chronique et des infections des voies respiratoires, des troubles musculo-squelettiques (par exemple, l'arthrite), des maladies infectieuses (par exemple, la tuberculose, le VIH), une mauvaise hygiène buccale et dentaire, des affections de la peau et des pieds⁹, une mauvaise gestion des problèmes chroniques (par exemple, le diabète⁴⁵) et des blessures accidentelles⁹. Les éléments de preuve indiquent également que les itinérants risquent de mourir prématurément^{46,47}. Par exemple, une étude a révélé que l'âge moyen au décès d'un échantillon de femmes itinérantes de Toronto était de 39 ans⁴⁸. L'espérance de vie à la naissance des Canadiennes de la population générale s'élevait à 82 ans en 2001⁴⁹.

Chez la population générale, les données indiquent qu'il existe un lien entre la santé physique, comme la douleur chronique, et la santé mentale^{3,50}. Bien que les recherches portant sur les itinérants traitent habituellement des résultats pour la santé physique et de ceux pour la santé mentale de manière distincte, certaines études menées auprès des pensionnaires d'un refuge révèlent un lien entre les personnes ayant évalué leur état de santé comme étant mauvais et le fait d'avoir déjà sollicité de l'aide pour des problèmes émotifs ou liés à la toxicomanie⁵¹. Certaines études, dont une réalisée dans la région de Durham, à Oshawa (Ontario), font également état d'une association entre l'état de santé évalué comme étant mauvais et l'état de santé mentale déclaré comme étant faible³⁰.

Quelle est l'association entre la santé mentale et l'itinérance?

Les termes « santé mentale » et « maladie mentale » sont parfois utilisés de façon interchangeable ou considérés comme étant les deux extrêmes d'un continuum³. Cependant, de nombreuses définitions insistent sur le fait que la santé mentale est bien plus que l'absence d'un diagnostic de maladie mentale⁴. Par exemple, l'Agence de santé publique du Canada affirme que « la santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle (p. 2)⁵ ».

De nombreuses études révèlent que les itinérants sont plus susceptibles que la population générale d'avoir des problèmes de santé mentale et de souffrir de maladie mentale^{3, 8}. Pour certains, ces problèmes peuvent être à l'origine de l'itinérance ou, parce qu'ils interagissent avec d'autres déterminants de la santé comme le revenu et l'emploi, y concourir⁴². Ils peuvent également s'aggraver si l'état d'itinérance persiste¹³ ou prolonger la durée de la période d'itinérance⁴².

Un certain nombre de facteurs peuvent influencer sur les caractéristiques de la santé mentale, notamment les habiletés d'adaptation, la confiance en soi perçue, l'environnement social ainsi que d'autres caractéristiques physiques, culturelles et socioéconomiques³. Plusieurs de ces facteurs pourraient également avoir un lien avec le risque de devenir itinérant ou de le demeurer^{10, 11}.

Selon les experts, la promotion de la santé mentale représente un atout important qui peut faciliter le processus de rétablissement³. Elle habilite les individus et les collectivités à avoir avec leur environnement une interaction qui les rendra plus forts sur les plans

émotionnel et spirituel grâce à des stratégies qui visent à accroître l'estime de soi, les habiletés d'adaptation, le soutien social et le bien-être (p. 21)³. De plus en plus d'études canadiennes et internationales sur les itinérants se penchent sur ces aspects de la santé mentale et de la promotion de la santé mentale, plus particulièrement chez les jeunes itinérants. Voici quelques exemples de leurs conclusions :

Stress

Selon les études réalisées au Canada et ailleurs, les niveaux de stress sont plus élevés chez les itinérants que dans le reste de la population. Dans l'ensemble, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 révèlent que 24 % des Canadiens adultes ont déclaré éprouver beaucoup de stress⁴⁹. Cependant, comme d'autres études similaires, cette enquête n'a pas été administrée aux itinérants. Les études portant sur les itinérants ont souvent recours à d'autres mesures et ne permettent donc pas de comparer les résultats. Dans certains cas, il est possible de les comparer aux résultats publiés compilés dans la population générale; dans d'autres cas, les études incluent des groupes de comparaison autres que les itinérants. Voici deux exemples relevés au Canada :

- À Kitchener-Waterloo, en Ontario, les jeunes de la rue ont déclaré un plus grand nombre de sources de stress au cours de la dernière année que les jeunes non-itinérants (10,4 en moyenne, contre 7,2)⁵².
- À Ottawa, en Ontario, les jeunes itinérants de sexe masculin ont déclaré un niveau de stress global deux fois plus élevé que celui déclaré par un groupe de jeunes hommes non itinérants⁵³.

Par exemple, dans une étude menée à Los Angeles, en Californie, auprès de jeunes itinérants ou risquant de le devenir, on a observé une hausse des symptômes de dépression et des problèmes d'abus de substances psychoactives ainsi qu'une auto-évaluation de la santé plus mauvaise, entraînant ainsi un niveau de stress plus élevé⁵⁴.

Le stress et la victimisation éprouvés avant et après le début de l'itinérance

Les abus physiques et sexuels subis avant de quitter la maison sont des sources de stress ou des événements traumatisants relativement communs parmi les itinérants, particulièrement chez les femmes⁵⁵. Certaines personnes subissent également des abus alors qu'elles sont itinérantes⁵⁶⁻⁵⁹.

Les chercheurs ont trouvé d'autres sources de stress relativement fréquentes, notamment le fait d'être victime de menaces^{56, 57}, de vol⁵⁷, de vol qualifié (vol avec ou sans force)⁵⁹, de vandalisme⁵⁹ et d'incidents associés aux drogues dans les refuges⁶⁰.

Adaptation

On a établi un lien entre les facultés d'adaptation, la santé et le bien-être⁶¹. Certaines études se sont penchées sur la façon dont les itinérants s'adaptent au stress. Les recherches suggèrent que les jeunes itinérants ont tendance à adopter des styles et des stratégies qui leur permettent de s'évader des sources de stress plutôt que de tenter de leur faire face. Par exemple :

- À Kitchener-Waterloo, en Ontario, une étude a révélé que les jeunes de la rue étaient plus susceptibles d'avoir recours aux substances psychoactives ou de s'automutiler en tant que mécanisme d'adaptation; les jeunes non-itinérants étaient plus susceptibles de s'adapter à une situation en parlant avec une personne digne de confiance ou en adoptant une stratégie de résolution de problèmes⁵².
- À Ottawa, en Ontario, les jeunes itinérants de sexe masculin étaient plus susceptibles que les non-itinérants d'adopter des stratégies d'adaptation telles qu'éviter le problème, se retirer des réseaux sociaux et éviter les pensées et les émotions négatives^{53, 62, 63}. Chez les jeunes itinérants seulement, ce mécanisme d'adaptation était relié à des symptômes de dépression et à divers problèmes de comportement entraînant l'intériorisation — cette dernière ayant été mesurée en fonction des symptômes d'anxiété et de dépression, du repli sur soi-même et de plaintes somatiques, c'est-à-dire des problèmes physiques inexplicables⁵³.
- À Los Angeles, en Californie, les jeunes itinérants des deux sexes ayant déclaré que leurs stratégies consistaient à souhaiter que le problème disparaisse ou

utiliser des substances avaient tendance à avoir des niveaux de stress plus élevés, à être isolés sur le plan social, à présenter des symptômes de dépression et à évaluer leur état de santé comme étant mauvais; par contre, les jeunes itinérants qui ont tenté de résoudre un problème ou de remédier à une situation ont déclaré que leur santé était bonne⁵⁴.

Dans la même veine, une étude américaine a dévoilé que les itinérants adultes de sexe masculin souffrant d'une maladie mentale persistante ont déclaré avoir beaucoup moins recours aux stratégies d'adaptation cognitives (par exemple, la résolution de problèmes), socio-culturelles (par exemple, la recherche de soutien social) et spirituelles (par exemple, la prière) que les itinérants toxicomanes et les itinérants de sexe masculin vivant une situation de crise particulière⁶⁴.

Soutien social

Le soutien social est également relié à la santé et au bien-être, et il peut jouer un rôle dans l'adaptation au stress^{61, 65, 66}. On songe ici au nombre de relations sociales, à la fréquence des contacts, aux liens entre les membres de réseaux sociaux, à la disponibilité de soutien social et au type de soutien reçu (par exemple, le soutien émotionnel)⁶⁶. Il est important de souligner le lien entre le soutien social et la santé mentale compte tenu du manque déclaré de soutien social dans les différentes couches de la population d'itinérants. Par exemple, une étude réalisée à Ottawa, en Ontario, a révélé que les jeunes hommes itinérants ont déclaré pouvoir moins compter sur le soutien de leurs parents que les jeunes hommes non itinérants⁵³. Une autre étude réalisée à Ottawa a révélé que 15 % des adultes vivant dans la rue ont déclaré ne recevoir aucun soutien social⁶⁷.

Différentes études font état d'un lien entre le soutien social et les résultats pour la santé mentale chez les personnes itinérantes. Étant donné que certaines personnes considèrent la quête de soutien social comme un moyen de s'adapter à une situation, il n'est donc pas surprenant que ces résultats soient similaires à ceux recensés dans les ouvrages portant sur l'adaptation. Voici quelques constatations découlant d'études existantes :

- À Toronto, en Ontario, les jeunes de la rue ayant un niveau élevé de soutien social ont affiché un score de la dépression moyen beaucoup plus bas que les jeunes de la rue dont les niveaux de soutien social étaient plus faibles⁶⁸.
- Chez les jeunes itinérants de Los Angeles, en Californie, on a associé le niveau élevé de soutien social à une baisse des symptômes de dépression et à un meilleur état de santé auto-évalué⁶⁴.
- À Washington, dans le district fédéral de Columbia, les 26 % de fugueurs et de jeunes itinérants qui n'ont pas indiqué s'ils avaient un réseau social risquaient davantage d'avoir recours à des drogues illicites et d'adopter des comportements sexuels à risque⁶⁹.
- Selon Nyamathi et coll. (2000), 51 % des femmes itinérantes d'âge adulte de Los Angeles n'ont déclaré aucune source importante de soutien social. Comparées à ces femmes, les itinérantes qui affirment pouvoir compter sur le soutien de personnes qui ne font pas usage de substances psychoactives ont déclaré avoir une meilleure estime d'elles-mêmes, une meilleure capacité d'adaptation, une meilleure satisfaction à l'égard de la vie et des niveaux plus faibles d'anxiété et de dépression⁷⁰.

Estime de soi

L'estime de soi est un autre facteur qui fait souvent l'objet de discussions sur la santé mentale et le bien-être. Une étude réalisée à Toronto a révélé que les jeunes de la rue ayant une bonne estime d'eux-mêmes ont déclaré être moins déprimés que ceux dont l'estime d'eux-mêmes était moins bonne⁶⁸. Selon une étude portant sur les jeunes qui suivaient un programme de traitement contre l'abus de substances psychoactives en Ontario, 50 % des jeunes itinérants ont déclaré se sentir bien avec eux-mêmes, par rapport à 66 % chez les jeunes non-itinérants⁷¹.

Des résultats similaires ont été recueillis dans le cadre d'études internationales, notamment :

- Une étude réalisée à Sydney, en Australie, a révélé que les jeunes itinérants ont obtenu des scores plutôt faibles par rapport à différents groupes de jeunes non-itinérants dans quatre domaines liés à l'estime de soi : contrôle des impulsions (contrôle de l'agressivité, de l'anxiété, du ressentiment, de la peur), tonus mental (sentiments de tension, de tristesse, de solitude, d'infériorité), relations familiales et niveau de psychopathologie⁷². Chez les jeunes itinérants, le désespoir était associé à une faible estime de soi⁷².
- Une faible estime de soi, associée à un faible soutien de sources positives, au soutien accru de sources déviantes (famille ou amis qui consomment de la drogue ou de l'alcool) et au mécanisme d'évitement (par exemple, le repli sur soi), étaient directement liés aux scores élevés de souffrance psychologique enregistrés chez les femmes itinérantes de Los Angeles⁷³.
- Une autre étude réalisée à Los Angeles a révélé que 16 % des jeunes de la rue ont déclaré une faible estime d'eux-mêmes, elle-même associée à un risque élevé de consommation de drogues et d'alcool et de pensées suicidaires/ tentatives de suicide⁷⁴.

Comportements suicidaires

Bien que nous ignorons beaucoup de choses à propos des relations causales entre la santé mentale et le suicide, on a établi un lien entre les comportements suicidaires et certains aspects de la santé mentale chez les itinérants. Des études qualitatives ont révélé que les sentiments de désespoir, de solitude, d'inutilité et d'être pris au piège étaient des thèmes sous-jacents aux expériences des jeunes itinérants liées au suicide⁷⁵. Les recherches existantes démontrent un lien entre les comportements suicidaires et la capacité d'adaptation. Chez les jeunes itinérants de sexe masculin, on a associé les comportements suicidaires à un style d'adaptation qui ne consiste pas à tenter de résoudre un problème ou à s'adapter à une source de stress⁶².

Un certain nombre d'études canadiennes révèlent des taux plus élevés de pensées suicidaires et de tentatives de suicide chez les jeunes itinérants que chez les autres jeunes. Selon l'Agence de santé publique du Canada, 12 % des hommes de 15 à 24 ans et 19 % des femmes de 15 à 24 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires à un moment donné de leur vie³. Une moins grande proportion d'hommes (2 %) et de femmes (6 %) de 15 à 24 ans déclarent avoir déjà tenté de se suicider³. Les résultats des études sur les jeunes itinérants incluent ce qui suit :

- Une enquête réalisée en 2006 auprès des jeunes de la Colombie-Britannique a révélé que 15 % des garçons et 30 % des filles vivant dans la rue ou marginalisés ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider au moins une fois au cours des 12 mois précédents, contre 4 % des garçons et 10 % des filles fréquentant l'école⁷⁶.
- À Ottawa, en Ontario, 4 % des jeunes non-itinérants de sexe masculin ont déclaré avoir tenté de se suicider au moins une fois, contre 21 % chez les jeunes itinérants. Dans la même veine, 34 % des jeunes non-itinérants de sexe masculin ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires, contre 43 % chez les jeunes itinérants⁶².

- Parmi les jeunes itinérants recensés à Toronto et Vancouver, 46 % ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider⁷⁵.
- À Richmond Hill, en Ontario, 20 % des jeunes itinérants ont déclaré avoir tenté de se suicider au moins une fois au cours de leur vie; 25 % ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires⁷⁷.

Quel est le lien entre la maladie mentale et l'itinérance?

L'Agence de santé publique du Canada définit les maladies mentales comme « ... des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués (p. 2)³ ». Lorsqu'on compare avec la population générale, les recherches démontrent une incidence et une prévalence plus élevées de personnes atteintes de maladies mentales graves qui deviennent itinérantes ou qui le demeurent⁷⁸. D'autres recherches ont démontré une plus forte prévalence de troubles mentaux chez les itinérants que dans la population générale⁷⁹. À Toronto, 67 % des pensionnaires des refuges affiliés au projet Pathways into Homelessness ont déclaré un diagnostic de maladie mentale permanent¹⁵.

Schizophrénie et troubles de la personnalité

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être réalisée par Statistique Canada en 2002, moins de 1 % des adultes de la population générale ont déclaré avoir reçu un diagnostic de schizophrénie d'un professionnel de la santé³. Des études canadiennes et américaines, dont les suivantes, révèlent des taux plus élevés de schizophrénie chez les itinérants :

- À Toronto, parmi 300 pensionnaires de refuges, 6 % ont déclaré souffrir d'un trouble psychotique, principalement la schizophrénie¹².
- Une étude réalisée à Vancouver a révélé que, parmi 124 pensionnaires de refuges, 24 souffraient d'un problème de santé mentale; de ce nombre, 7 personnes ont précisé qu'il s'agissait de schizophrénie⁸⁰.

Le projet Pathways into Homelessness mis sur pied à Toronto a également permis de constater que 29 % des pensionnaires de refuges répondaient aux critères de la personnalité anti-sociale (souvent en complément d'un autre diagnostic tel que la dépression, le syndrome de stress post-traumatique [SSPT] ou les troubles psychotiques)¹². Le SSPT est un trouble associé à un événement traumatisant et caractérisé par divers symptômes, incluant des pensées ou des images persistantes et répétitives⁸¹. Selon les recherches, l'abus physique et sexuel dont les personnes itinérantes sont victimes constitue un facteur de risque susceptible de provoquer le SSPT⁵⁸. Une étude sur les jeunes itinérants a révélé que 24 % d'entre eux répondaient aux critères du SSPT; 40 % des personnes qui répondaient aux critères des troubles liés à l'abus de substances psychoactives répondaient également à ceux du SSPT⁸².

Abus de substances psychoactives et troubles concomitants

Les données de l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être réalisée par Statistique Canada en 2002 indiquent que, dans la population en général, 4 % des jeunes femmes (de 15 à 24 ans) et 1 % des femmes plus âgées (de 25 à 44 ans) ont déclaré être atteintes du syndrome de dépendance alcoolique. Une proportion moins élevée (2 % chez les jeunes femmes et moins de 1 % chez les femmes plus âgées) a déclaré avoir consommé des drogues illicites au cours des 12 mois précédents³. Les taux sont plus élevés chez les hommes, soit 10 % chez les jeunes et 4 % chez les adultes ayant déclaré être atteints du syndrome de dépendance alcoolique, alors que 4 % de jeunes hommes et 1 % d'hommes adultes ont déclaré avoir consommé des drogues illicites au cours des 12 mois précédents³.

Selon des études canadiennes, les taux d'abus de substances psychoactives sont plus élevés chez les itinérants que chez la population générale. Par exemple, à Toronto, 68 % des pensionnaires de refuges ont déclaré avoir reçu un diagnostic permanent d'abus d'alcool ou de drogues ou de toxicomanie¹⁵. Des études réalisées dans d'autres régions du Canada ont révélé les résultats suivants :

- À Vancouver, en Colombie-Britannique, 44 % des itinérants adultes ont déclaré avoir fait usage de substances en vente libre tels que de la marijuana et de la cocaïne au cours du mois précédent⁸⁰.
- À Edmonton, en Alberta, les jeunes itinérants ont déclaré consommer de l'alcool et de la marijuana au moins deux ou trois fois par semaine dans des proportions de 40 % et 55 % respectivement⁸³.
- Différentes études réalisées au Canada font également état de taux élevés de consommation d'opiacés et autres types de drogues chez les itinérants. Par exemple, à Edmonton, 55 % des jeunes de la rue ont déclaré avoir consommé au moins l'une des quatre drogues suivantes (cocaïne, héroïne, amphétamines ou tranquillisants) au cours de l'année précédente⁸³. Une étude réalisée à Montréal auprès des jeunes de la rue sur une période de cinq ans a dévoilé un taux d'incidence de consommation de drogues par injection de 8,2 par 100 personnes-années chez un groupe de 415 jeunes de la rue⁸⁴. Au moment où l'étude a commencé, ces jeunes n'avaient jamais fait usage de drogues par injection.

Certaines personnes souffrent à la fois de troubles liés à l'abus de substances psychoactives et de maladie mentale, soit de troubles concomitants¹⁴. On utilise également d'autres termes tels que double diagnostic, troubles jumelés, comorbidité et cooccurrence de toxicomanie et de troubles de santé mentale⁸⁵. L'analyse des ouvrages publiés suggère que les itinérants souffrant de troubles concomitants sont susceptibles de demeurer itinérants plus longtemps que les autres itinérants⁸⁶. À Toronto, presque tous les pensionnaires des refuges affiliés au projet Pathways into Homelessness ayant un diagnostic permanent de maladie mentale avaient également un trouble lié à l'abus de substances psychoactives¹².

Symptômes de dépression et troubles dépressifs majeurs

Les recherches suggèrent également que la dépression est un phénomène plus courant chez les itinérants canadiens. Dans la population, 14 % des femmes de 15 à 24 ans et 17 % des femmes de 25 à 44 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic de dépression à un moment donné de leur vie. Les taux déclarés sont plus bas chez les hommes, soit 7 % et 10 % respectivement³. Les méthodes utilisées dans le cadre des recherches auprès des itinérants ne sont pas directement comparables, mais les études ont révélé ce qui suit :

- Les jeunes itinérants de sexe masculin d'Ottawa, en Ontario, étaient plus susceptibles que les non-itinérants de déclarer des symptômes de dépression (39 % contre 20 %) et des troubles d'intériorisation (44 % contre 24 %) faisant partie de la fourchette clinique. Tel que mentionné, ces derniers ont été mesurés en fonction de la fréquence des comportements de retrait, des symptômes d'anxiété ou de dépression et des problèmes physiques inexplicables⁵³.
- Le tiers (33 %) d'un échantillon d'itinérants adultes d'Ottawa a déclaré avoir des problèmes de santé mentale; 20 % d'entre eux ont déclaré souffrir de dépression⁶⁷.
- À Kitchener-Waterloo, en Ontario, les jeunes de la rue affichaient un niveau moyen de dépression beaucoup plus élevé que les jeunes non-fugueurs. Près de la moitié des jeunes de la rue faisant l'objet de l'étude (48 %) ont déclaré une baisse de leur niveau de dépression depuis leur départ de la maison, alors que 28 % d'entre eux ont déclaré une hausse⁵².

Les recherches portant sur les itinérants aux États-Unis font état de résultats variés. Par exemple, une étude réalisée dans une grande ville américaine du Nord-Ouest révèle que parmi 523 jeunes itinérants, 12 % ont déclaré un diagnostic de dépression. Les taux de dépression étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes (20 % contre 7 %).

Environ les trois quarts des répondants (73 %) ont déclaré avoir eu leur premier épisode de dépression avant leur départ de la maison⁸⁷.

Cet écart peut être attribuable à de nombreux facteurs incluant, sans toutefois s'y limiter, l'utilisation de différentes mesures pour évaluer les taux de prévalence⁵⁶ ou l'utilisation de termes différents pour les symptômes ou les diagnostics¹⁶.

Déterminer l'état de la santé mentale et de la maladie mentale chez les itinérants

Il n'est pas facile de mesurer l'état de la santé mentale et de la maladie mentale chez les itinérants du Canada, ni leur utilisation des services de santé mentale appropriés. Cela étant dit, de nombreuses études réalisées un peu partout au pays, selon des méthodes variées, ont révélé des taux plus élevés de maladie mentale chez les itinérants que dans la population générale. Le tableau 2 fournit d'autres exemples obtenus à partir d'un échantillon de villes canadiennes, selon des méthodes, des périodes et des populations variées. Ce tableau met également en évidence un certain nombre de questions méthodologiques :

- les différentes façons de définir la maladie mentale chez les itinérants¹⁶, ce qui restreint les comparaisons entre les villes, au fil du temps ou par rapport à la population générale;
- les différences dans la nature de l'information déclarée en termes de diagnostics précis;
- le manque d'information représentative entre les provinces et les territoires;
- l'utilisation libre de termes tels que « maladie mentale », « problèmes de santé mentale » et « troubles mentaux », pour n'en nommer que quelques-uns.

Tableau 2
Maladies mentales déclarées chez les itinérants d'un échantillon de villes canadiennes

Ville ou région	Prévalence des maladies mentales déclarées chez les itinérants
Vancouver (C.-B.)	En 2005, parmi 1 719 itinérants vivant dans des refuges ou dans la rue, 23 % ont déclaré souffrir d'une maladie mentale et 49 %, de toxicomanie ²³ .
Victoria (C.-B.)	En 2005, environ 41 % des itinérants adultes ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie mentale ²⁵ .
Upper Fraser Valley (C.-B.)	En 2004, parmi 219 répondants, 7 % ont déclaré avoir un problème de santé mentale et 51 %, souffrir de toxicomanie ²⁶ .
Calgary (Alb.)	En 2000, 60 % des répondants ont déclaré souffrir d'une maladie mentale ou d'un problème lié à l'abus de substances psychoactives ²⁸ .
Edmonton (Alb.)	En 2003, 59 % des itinérants ont déclaré avoir des problèmes de santé mentale (excluant la toxicomanie) ²⁹ .
Toronto (Ont.)	En 1997, parmi 300 pensionnaires de refuges, 67 % ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie mentale permanent ¹⁵ . En 2006, 27 % des itinérants (soit environ 500) ont mentionné qu'ils seraient en mesure de trouver un logement stable s'ils recevaient l'aide nécessaire à leurs besoins de santé mentale ²¹ .
Ottawa (Ont.) / Gatineau (Qc)	En 1999, une proportion de 230 itinérants ont déclaré avoir un problème de santé mentale pouvant être diagnostiqué (selon un outil d'auto-évaluation), soit 60 % chez les hommes adultes, 74 % chez les femmes adultes, 56 % chez les jeunes hommes, 61 % chez les jeunes femmes et 57 % chez les personnes qui ne fréquentent pas les refuges ³⁰ . En 2002, parmi 80 itinérants ne fréquentant pas les refuges interrogés dans le cadre d'un projet d'évaluation des besoins des gens de la rue, 33 % ont déclaré avoir des troubles mentaux (20 % dépression, 6 % troubles de l'anxiété, 4 % schizophrénie et 3 % troubles de la personnalité) ²⁷ .
Hamilton (Ont.)	En 2004, parmi 302 personnes itinérantes ou à risque de le devenir, 13 % ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie mentale (excluant la dépression); 11 % de la population a déclaré un diagnostic de dépression ³¹ .
London (Ont.)	En 2002, environ 130 personnes ont reçu leur congé d'un établissement psychiatrique et n'avaient aucune adresse fixe ³² . Environ 45 % des personnes fréquentant les refuges d'urgence avaient des problèmes de santé mentale ³² .
Région de Waterloo (Ont.)	En 1999, parmi 268 itinérants, 45 % ont déclaré avoir des problèmes de santé mentale : 8 % souffraient de dépression ou de trouble bipolaire, 5 %, de stress, d'anxiété ou du syndrome de stress post-traumatique et 3 %, de schizophrénie ²⁵ . Selon un rapport publié en 2006, on estime que de 35 à 40 % des pensionnaires de refuges ont un problème de santé mentale et 25 % ont un problème lié à l'abus de substances psychoactives ³⁴ .
Oshawa (région de Durham) (Ont.)	En 2006, parmi 133 répondants, 28 % ont évalué leur santé mentale comme étant moyenne sur une échelle de 1 à 10 (de mauvaise à très bonne); 8 % l'ont évaluée comme étant mauvaise ³⁰ .
Grand Sudbury (Ont.)	En 2003, parmi 1 601 itinérants interrogés, 12 % ont mentionné qu'ils étaient itinérants en raison d'une maladie mentale ou d'une autre maladie ²⁹ .
Halifax (N.-É.)	En 2004, 20 % des 266 itinérants se sont déclarés comme étant des personnes souffrant de maladie mentale ³¹ .

Remarques :

Les renseignements susmentionnés, qui rendent compte de l'information recueillie au mois de mai 2007, nous ont été communiqués par des représentants des divers bureaux de l'Association canadienne pour la santé mentale ou ont été puisés dans des rapports variés.

Pour certaines villes, seuls les pourcentages sont indiqués parce que la taille de l'échantillon n'était pas indiquée ou précisée dans les rapports.

Compte tenu des différentes définitions et méthodes de collecte utilisées, il n'est pas possible de comparer les données entre les villes.

Utilisation des services de santé mentale

Il existe des dizaines de services de santé mentale, mais les types de services offerts et le public auquel ils sont destinés varient d'une région à l'autre. Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale n'utilisent pas toutes ces services, qu'il s'agisse d'itinérants ou de membres de la population générale, mais les circonstances varient quelque peu. Par exemple, alors que les deux tiers des itinérants ayant participé à une étude réalisée à Toronto ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie mentale à un moment donné de leur vie, 25 % d'entre eux ont déclaré avoir recours à des services psychiatriques offerts en consultation externe dans l'année précédente⁹². De même, les hommes itinérants de New York souffrant de schizophrénie étaient moins susceptibles que les non-itinérants schizophrènes de déclarer qu'ils avaient reçu de l'aide pour se trouver un logement, assurer un suivi et gérer leurs finances à leur sortie d'un hôpital⁹³.

Des études récentes ont également analysé les obstacles auxquels les itinérants qui tentent d'obtenir de l'aide sont confrontés. Une étude réalisée à Los Angeles, en Californie, a révélé que, parmi 688 jeunes itinérants, 218 croyaient avoir besoin d'aide pour un problème de santé mentale; 95 d'entre eux ont réussi à en obtenir, mais 123 n'y sont pas parvenus⁹⁴. Les jeunes qui avaient besoin d'aide et qui n'en ont pas reçu ont expliqué la situation en citant plusieurs motifs, dont le fait de ne pas savoir où se rendre ni quels services étaient à leur disposition (53 %), la gêne (47 %), le manque d'argent pour se rendre au lieu du service (36 %), la crainte que le dispensateur du service communique avec la famille (36 %), la police ou un travailleur social (36 %), l'idée que le service ne leur serait pas utile (33 %) et le coût du service (14 %)⁹⁴.

Lorsque les itinérants ont recours aux services, les études révèlent qu'ils pourraient avoir tendance à visiter des cliniques et des services d'urgence. Selon une étude réalisée auprès de plus de 2 900 patients itinérants aux États-Unis, 63 % d'entre eux ont reçu des soins médicaux dans des cliniques de consultation externe et des refuges au cours de l'année précédente⁹⁵. Des rapports publiés indiquent que la proportion d'itinérants ayant reçu des soins médicaux aux urgences pendant la dernière année variait de 32⁹⁵ à 40⁹⁶ %. La recherche démontre également que les itinérants atteints de maladie mentale sont plus susceptibles de visiter les urgences que ceux qui n'en souffrent pas⁹⁵. Parmi les facteurs associés à l'utilisation des services d'urgence, on note les symptômes liés à la santé, les blessures, la dépendance aux substances psychoactives et les symptômes de dépression (chez les itinérants de sexe masculin)⁹⁷, le fait d'être victime d'un crime, le logement précaire et les comorbidités⁹⁶.

Selon les données de l'ICIS, les troubles de santé mentale et de comportement sont à l'origine d'une plus grande proportion des visites à l'urgence et des hospitalisations chez les itinérants que dans la population générale. Les données font état de l'utilisation des urgences en Ontario et dans un petit nombre de centres, ainsi que de l'utilisation des hôpitaux à l'extérieur du Québec (voir le tableau 3)*.

La plupart des patients itinérants hospitalisés faisant l'objet de l'étude vivaient à Vancouver, Calgary et Toronto. Toronto a enregistré 78 % de l'ensemble des visites d'itinérants aux urgences en Ontario.

	Itinérants	Autres
Visites aux urgences (principalement en Ontario)	14 663	5,4 millions
Pourcentage d'hommes	76	49
Âge moyen	40	48
Hospitalisations en soins de courte durée (excluant le Québec)	3 596	2,4 millions
Pourcentage d'hommes	75	49
Âge moyen	39	46
<p>Sources : Visites aux services d'urgence, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), ICIS, 2005-2006. Le SNISA comprend des données sur tous les soins ambulatoires en milieu hospitalier ou communautaire, y compris la chirurgie d'un jour, les cliniques de consultation externe et les services d'urgence. Il contient des données provenant principalement des services d'urgence de l'Ontario; d'autres provinces soumettent aussi leurs données (par exemple, la Colombie-Britannique, le Yukon, l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse). Hospitalisations en soins de courte durée, Base de données sur les congés des patients (BDCCP) (excluant le Québec), ICIS, 2005-2006. La BDCCP contient des données démographiques, administratives et cliniques sur les sorties des patients des hôpitaux (soins de courte durée, pour malades chroniques et de réadaptation) et sur les chirurgies d'un jour au Canada.</p>		

* Selon l'information obtenue de l'hôpital lorsque le patient s'est présenté pour la première fois. Comme le personnel de l'hôpital n'est pas toujours au courant des conditions actuelles de logement du patient, particulièrement lors des visites ultérieures, cette information pourrait être désuète et ainsi se traduire par un dénombrement incomplet. Les données portent uniquement sur les itinérants qui se sont présentés aux hôpitaux participants afin d'y recevoir des soins médicaux. En outre, puisque nous ne disposons pas de données comparables pour la population totale du Canada, les taux ne peuvent être calculés, puis comparés à la population totale. Les données sur les services d'urgence et les patients hospitalisés proviennent de deux différentes sources de données utilisant des méthodes différentes de collecte de données sur les problèmes de santé des patients.

Les troubles de santé mentale et du comportement étaient les causes les plus fréquentes des visites d'itinérants aux urgences, mais elles ne figuraient pas parmi les cinq principales causes des visites d'autres patients (voir tableau 4). Ces états de santé représentaient plus du tiers (35 %) des visites d'itinérants. Dans cette catégorie, le type de trouble mental le plus commun était l'utilisation de substances psychoactives (54 %) suivie de la schizophrénie, des troubles de la personnalité schizotypique et des troubles délirants (20 %). Les motifs des visites liées aux troubles de santé mentale et du comportement variaient selon le sexe des itinérants. L'utilisation de substances psychoactives était très fréquente chez les hommes (soit 62 % des visites pour cette catégorie), mais elle ne représentait que 30 % des visites chez les femmes. Dans les deux cas, la schizophrénie, les troubles de la personnalité schizotypique et les troubles délirants occupaient le deuxième rang des causes des visites d'itinérants aux prises avec des troubles de santé mentale et du comportement (28 % chez les femmes et 18 % chez les hommes).

Les maladies mentales et les troubles mentaux étaient également la cause la plus citée pour les hospitalisations en soins de courte durée chez les itinérants, mais ils n'étaient pas aussi fréquents dans le reste de la population (voir tableau 5). En 2005-2006, 52 % des itinérants hospitalisés (à l'extérieur du Québec) l'étaient principalement pour ces raisons.

Tableau 4
Cinq principales causes des visites à l'urgence, itinérants et autres patients, 2005-2006

Itinérants	Pourcentage
Troubles mentaux et du comportement	35
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques	16
Blessures, empoisonnements et conséquences de causes externes	14
Contacts avec les services de santé	14
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	5
Autres	Pourcentage
Blessures, empoisonnements et conséquences de causes externes	25
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques	19
Maladies du système respiratoire	11
Contacts avec les services de santé	8
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	6

Remarque :
Les résultats n'équivalent pas à 100 % puisque l'on n'a noté que les cinq principales causes.

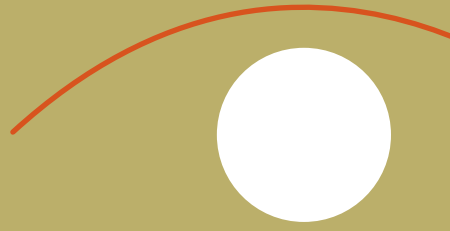
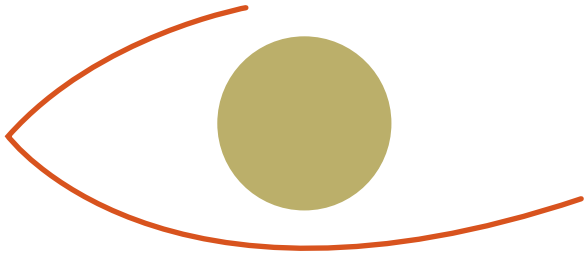
Source :
Visites aux services d'urgence, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) (principalement l'Ontario), ICIS, 2005-2006.

Table 5
Cinq principales causes d'hospitalisation, itinérants et autres patients, 2005-2006

Itinérants	Pourcentage
Troubles mentaux et du comportement	52
Traumatisme important	7
Maladies respiratoires	7
Maladies de la peau, du tissu sous-cutané ou du sein	6
Maladies de l'appareil digestif	3
Autres	Pourcentage
Grossesse et accouchement	13
Maladies de l'appareil circulatoire	12
Nouveaux-nés	12
Maladies de l'appareil digestif	10
Maladies de l'appareil respiratoire	7

Remarque :
Les résultats n'équivalent pas à 100 % puisque l'on n'a noté que les cinq principales raisons.

Source :
Hospitalisations en soins de courte durée, Base de données sur les congés des patients (BDGP) (excluant le Québec), ICIS, 2005-2006.



2



2

Santé mentale et itinérance

**Politiques et
programmes**

Plusieurs facteurs mènent à l'itinérance, et divers facteurs peuvent influencer sur la possibilité qu'une personne devienne itinérante, notamment les problèmes liés au logement, le niveau de revenu et le statut d'emploi. Pour certaines personnes, la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie peuvent également jouer un rôle ou déterminer la durée de l'itinérance^{12, 41, 44}. Ces facteurs peuvent également être reliés entre eux⁴².

Une vaste gamme de politiques et de programmes visent à traiter de l'itinérance, de la maladie mentale ou des facteurs de risque pouvant contribuer à l'une ou l'autre de ces conditions (ou aux deux). Compte tenu des nombreux facteurs qui influent sur la santé mentale (incluant les maladies mentales) et sur l'itinérance, nous nous sommes penchés sur deux types d'initiatives : les programmes de logement et les programmes communautaires de santé mentale. Il est important de noter que d'autres politiques et programmes potentiellement pertinents, comme les initiatives liées à la pauvreté ou à l'emploi, peuvent également aider les personnes à s'en sortir et agir sur la santé mentale des itinérants. Cependant, l'analyse des éléments de preuve propres à ces domaines ne faisait pas partie du cadre du présent rapport.

Parmi les sujets dont nous avons traité, nous avons découvert que peu d'initiatives liées à l'itinérance avaient été évaluées en fonction des résultats pour la santé à long terme. Dans le même ordre d'idées, de nombreuses initiatives portant sur la santé mentale ne présentent pas de manière distincte les résultats des itinérants, ou n'indiquent pas si elles ont une incidence sur le logement. Dans les deux cas, quelques évaluations ont été réalisées et les résultats sont présentés dans cette section.

Comment avons-nous choisi les politiques et les programmes faisant l'objet du présent rapport?

Les ouvrages sélectionnés dans cette section du rapport ont été choisis à partir des mêmes critères présentés dans la première section. Les politiques et les programmes ont d'abord été identifiés au moyen d'un tri systématique des sites Web des gouvernements et d'autres organismes. Un protocole de recherche a été élaboré pour identifier les programmes, politiques et initiatives liés à l'itinérance et les questions portant sur le logement, la santé mentale, la maladie mentale et les services de santé mentale. On a sélectionné des exemples

de partout au Canada en fonction de la pertinence du sujet et de la disponibilité de renseignements détaillés ou de résultats évalués. L'information présentée dans cette section ne constitue pas une liste exhaustive et ne prétend pas, par omission, qu'il n'existe aucune autre information. Par exemple, le répertoire d'organismes de Liaison-itinérance (www.liaison-itinerance.org) présente un certain nombre d'initiatives communautaires en cours partout au Canada.

Politiques sur la santé mentale au Canada

Les politiques sur la santé mentale au Canada visent surtout les personnes atteintes de maladie mentale grave. Dans les années 1800, les personnes souffrant d'une maladie mentale étaient souvent hospitalisées dans des asiles des pauvres ou des prisons⁹⁸. À la fin du XIX^e siècle, les asiles et les hôpitaux psychiatriques ont fait leur apparition³. Depuis ce temps, les services de santé mentale ne cessent d'évoluer. Par exemple, dès les années 1960, de nombreux patients hospitalisés dans des établissements psychiatriques regagnaient la collectivité lorsque les hôpitaux ou les ailes psychiatriques fermaient ou que l'on réduisait le nombre de lits dans les établissements psychiatriques⁹⁸⁻¹⁰⁰. Selon les experts, un certain nombre de facteurs ont entraîné cette désinstitutionalisation, notamment les contraintes économiques des établissements, l'importance accrue accordée aux droits de la personne et l'introduction de nouveaux médicaments et traitements qui ont permis aux personnes atteintes de maladie mentale de recevoir des soins dans la collectivité^{3, 98}.

Bien qu'on ne s'entende pas sur les effets de la désinstitutionalisation sur la prévalence de l'itinérance, certains chercheurs ont suggéré que l'apparition de nouveaux types de soins à domicile ou en établissement¹⁰⁰, ainsi que les taux croissants d'itinérance^{3, 98, 101} étaient associés à la désinstitutionalisation. On a

également laissé entendre que les services communautaires de santé mentale n'ont pas augmenté au même rythme que la désinstitutionalisation des patients⁹⁹.

Derniers développements à l'échelle nationale

En 1988, le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada a publié un document de travail intitulé *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*. Ce document présentait une série de principes, comme la participation du consommateur, l'égalité et le renforcement de la capacité d'une collectivité d'orienter le développement de programmes et de politiques sur la santé mentale au Canada¹⁰². Bon nombre de ces principes ont par la suite été appliqués aux réformes de la santé mentale et aux interventions communautaires de santé mentale⁹⁸ qui prévoyaient des objectifs tels que l'intégration, la guérison, le choix du consommateur et l'aide à la vie autonome⁹⁸.

Traditionnellement, on pouvait décrire les programmes communautaires de santé mentale comme étant axés sur le traitement et la réadaptation dans la collectivité. Dans cette optique, les approches présentaient des valeurs telles que la réduction des symptômes, la prévention de l'hospitalisation, le traitement prescrit par un professionnel, le soutien communautaire, la formation professionnelle et le logement comportant un élément de soutien (par exemple, des foyers de groupe et des maisons de transition)⁹⁸.

Au cours des années 1990, on a mis l'accent sur la guérison et l'autonomisation en présentant des valeurs conformes aux principes soulignés dans le document de travail susmentionné : mise en valeur de la guérison, reconnaissance des forces, choix et contrôle du consommateur, intégration communautaire, soutiens spontanés, emploi assisté et logement indépendant avec soutien adapté⁹⁸.

En mai 2006, le rapport sénatorial intitulé *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* recommandait la création d'une Commission canadienne de la santé mentale et d'une stratégie nationale de santé mentale⁶ (dont le financement a été annoncé par le gouvernement en mars 2007)⁵. Le rapport précise également que le logement abordable est l'un des principaux défis qui se présentent aux personnes atteintes de maladie mentale : « ... les personnes souffrant de maladie mentale sont presque deux fois plus

nombreuses que le Canadien moyen à avoir des besoins en logement [abordable, suffisamment grand et de qualité acceptable] non satisfaits (p. 512)⁶ ».

Politiques sur la santé mentale à l'échelle provinciale

Les provinces canadiennes sont tenues d'administrer et de fournir des services de santé¹⁰⁹. Certaines provinces ont élaboré des initiatives, des plans, des cadres ou d'autres structures semblables axés sur la santé mentale pour orienter leurs politiques et leurs services. Dans bien des cas, ils abordent particulièrement des questions liées à l'itinérance (par exemple, des logements avec services de soutien).

En voici quelques exemples :

- *British Columbia's Mental Health and Addictions Reform Initiative*. Dans le cadre de sa réforme sur la santé mentale et la toxicomanie, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a formé des groupes de travail dans le but d'établir

Initiative nationale pour les sans-abri

Le gouvernement du Canada a lancé l'Initiative nationale pour les sans-abri (INSA) en décembre 1999 en vue de lutter contre l'itinérance au Canada. L'INSA prévoyait une vaste gamme de soutien et de services (comme des refuges d'urgence, de la formation professionnelle et des services liés à la toxicomanie) afin de permettre aux itinérants et aux personnes risquant de le devenir de vivre de façon autonome. L'INSA est « ... conçue de façon à venir en aide à 61 collectivités désignées et à quelques petites collectivités rurales et autochtones¹⁰³, (p. 1)¹⁰⁴... »

Durant la Phase I (de décembre 1999 à mars 2004), 6 % des projets financés par l'INSA (installations d'hébergement, établissements de soutien et services de soutien) ont déclaré que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale étaient de grands utilisateurs; 7 % ont identifié les personnes faisant usage de substances psychoactives comme étant de grands utilisateurs et 2 % ont dit que les personnes présentant un diagnostic mixte/multiple étaient de grands utilisateurs¹⁰⁴. Jusqu'à présent, nous ne

disposons que des résultats de l'évaluation formative de composantes précises de l'INSA¹⁰⁵; les rapports sur les deux dernières phases de l'INSA ne sont pas encore offerts au grand public.

En avril 2007, l'INSA a été remplacée par une stratégie fédérale plus complète, l'Initiative des partenariats de lutte contre l'itinérance (IPLI). Cette nouvelle stratégie adopte une approche assez complète, mais elle accorde la priorité à une approche Housing First^{106, 107}. Un tel type d'approche fournit d'abord un logement aux clients, puis elle leur offre la formation ou les traitements nécessaires, sur une base volontaire¹⁰⁸.

* Les chiffres pourraient être plus élevés puisque 32 % des projets financés par l'INSA visant plus de trois sous-groupes ont été inscrits dans la catégorie « tous les sous-groupes possibles » (les principaux clients de ces projets pourraient avoir inclus des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, des toxicomanes ou des personnes présentant un diagnostic mixte/multiple).

les meilleures pratiques en matière de services et de stratégies qui produisent des résultats positifs pour la santé des personnes. Les résultats de ces groupes de travail sont contenus dans le document intitulé *BC's Mental Health Reform Best Practices*, qui inclut des rapports portant particulièrement sur le logement et le traitement communautaire dynamique, deux sujets dont nous traiterons plus en profondeur dans cette section¹⁰.

- *Alberta's Mental Health Plan: Advancing the Mental Health Agenda*. Ce plan met en évidence les stratégies visant des groupes de population particuliers, incluant les itinérants. Il recommande aux programmes d'offrir aux itinérants un accès aux services de santé mentale et d'orientation sur place dans les refuges ou les centres de jour. Il met également en évidence différentes stratégies et mesures prioritaires telles que des logements sécuritaires et avec services de soutien destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale graves et persistants¹¹.
- *Manitoba's Mental Health System*. Dans le cadre du système de santé mentale du Manitoba, plusieurs programmes de logement et de vie communautaire sont offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale susceptibles d'éprouver de la difficulté à vivre seules. Ces programmes offrent aux participants un certain nombre de services de logement, notamment dans des établissements de soins pour bénéficiaires internes et des logements avec services de soutien¹².
- *L'Initiative d'aide aux sans-abri atteints de troubles mentaux* de l'Ontario. Annoncée en 1999, cette initiative a pour but de « ... répondre aux besoins en logement des personnes atteintes de maladie mentale qui sont itinérantes ou qui risquent de le devenir (p. 91)¹³ ». [Traduction] Un examen complet de la première phase de cette initiative a révélé que le choix ainsi que la qualité du logement étaient associés à la qualité de vie subjective¹³.
- Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*

du Québec. Ce plan d'action a pour but d'améliorer l'accès à des services de santé mentale de qualité aux personnes atteintes de troubles mentaux et aux personnes à potentiel suicidaire élevé et s'appuie sur les principes directeurs suivants : pouvoir d'agir, rétablissement, accessibilité, continuité des services, partenariats et efficience. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec s'engage à prioriser l'accès aux services de santé mentale de première ligne et à réduire les préjugés que l'on associe souvent aux troubles mentaux afin que les personnes se sentent à l'aise de demander de l'aide. Le plan favorisera la prestation de services de santé mentale de qualité à l'ensemble de la population (par exemple, jeunes, adultes, collectivités, autochtones, etc.)¹⁴.

- *Newfoundland and Labrador's Framework to Support the Development of a Provincial Mental Health Policy*. Ce cadre comprend un modèle communautaire fondé sur les ressources qui définit le logement comme un élément clé permettant d'assurer le bien-être des personnes ayant des besoins en santé mentale. Il a également pour but d'intégrer les meilleures pratiques en matière de logement et de services de gestion de cas¹⁵.

Promotion de la santé mentale chez les itinérants : programmes de logement

Le logement est l'un des divers déterminants associés à la santé, au bien-être et à l'itinérance. Le rapport de l'ISPC, *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain*¹¹⁶, soulignait l'importance du logement dans les résultats pour la santé physique et mentale, qu'il s'agisse de la structure physique ou de ce qu'il représente pour les personnes. Il présentait des éléments de preuve démontrant une relation entre l'absence d'un logement abordable, la détresse psychologique¹¹⁷ et le risque accru de devenir itinérant³⁹. Toujours selon les recherches, le fait de pouvoir compter sur un logement stable entraîne une moins grande détresse psychologique chez les itinérants¹¹⁸ et de meilleures conditions de rétablissement chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave¹¹⁹.

Différents types de logement sont offerts aux itinérants ayant des problèmes de santé mentale, comme les logements avec services de soutien et subventionnés. Les logements de ce type ont tendance à être petits et axés sur le rétablissement ainsi que l'intégration communautaire¹²⁰. L'information liée aux coûts dont nous disposons indique également que les coûts associés au logement avec services de soutien sont inférieurs à ceux associés aux refuges d'urgence (voir l'encadré)^{121, 122}. Les logements avec services de soutien prévoient du soutien sur place assuré par le personnel selon les besoins des pensionnaires (par exemple, foyers de groupe). Les logements subventionnés n'incluent pas ce type de soutien, mais plutôt certains éléments liés au rétablissement et à l'autonomisation¹²⁰. Le continuum de soins (Treatment First) et Housing First sont deux modèles conçus pour fournir un logement aux itinérants, tout en tenant compte de leur santé mentale ou de leurs maladies mentales.

Le modèle de continuum de soins (Treatment First)

Le modèle de continuum de soins est composé de plusieurs programmes dont le premier est la liaison externe. Durant cette phase, on encourage les clients à accepter de participer à un programme de deuxième étape, comme un refuge ou un centre de jour. La phase suivante consiste à offrir aux clients les services psychiatriques ou les traitements pour la toxicomanie dont ils ont besoin, et les inciter à y participer. Un logement permanent est offert aux participants de la phase finale une fois le traitement achevé^{123, 124}.

Le modèle Housing First

En 1992, un organisme sans but lucratif de New York, Pathways to Housing (PTH) Inc., a mis sur pied le modèle Housing First^{108, 123, 124}. Les programmes Housing First offrent aux itinérants et aux personnes atteintes de maladie mentale un accès immédiat au logement, sans égard à la sobriété ou au traitement. Les programmes Housing First ont tendance à favoriser la réduction des préjudices (en d'autres mots, diminuer les préjudices causés par la consommation d'alcool ou de drogues) au lieu d'exiger l'abstinence¹⁰⁸. Des équipes interdisciplinaires de traitement communautaire actif offrent également divers services aux clients, permettant ainsi aux personnes qui n'ont pu profiter des méthodes traditionnelles de prendre part au programme^{108, 123, 124}.

Efficacité des programmes Treatment First et Housing First

Un certain nombre d'études ont prouvé l'efficacité du programme Housing First en ce qui concerne le maintien des logements pour les itinérants et les personnes souffrant de maladie mentale; elles n'incluent toutefois pas nécessairement une évaluation des résultats pour la santé à long terme.

- Une étude réalisée à New York a révélé qu'après une période de cinq ans (de 1993 à 1997), 88 % des participants du programme Pathways to Housing ont gardé leur logement, contre 47 % pour les participants aux programmes Treatment First. Toujours selon cette étude, bien que les participants des deux programmes présentant des diagnostics mixtes étaient moins susceptibles de maintenir leur logement, ceux du programme Pathways to Housing affichaient un taux de logement supérieur à celui des participants du programme Treatment First¹²⁴.

- Une étude récente sur un échantillon aléatoire d'itinérants ayant reçu un diagnostic de troubles mentaux graves et persistants a révélé que le programme Housing First était plus efficace que le programme Treatment First en ce qui a trait à la lutte contre l'itinérance¹²⁵. Une autre étude a révélé que les participants itinérants atteints d'une maladie mentale grave, telle que la schizophrénie ou le trouble bipolaire, et participant au programme Pathways to Housing passaient plus de temps dans un logement stable et moins de temps dans les hôpitaux que les participants du programme Treatment First¹²⁶.

Coûts associés aux différentes structures de logement pour les itinérants

Dans certaines villes canadiennes, les coûts associés aux refuges d'urgence sont plus élevés que ceux associés au logement avec services de soutien^{121, 122}. Ces résultats correspondent à certaines recherches réalisées aux États-Unis¹²⁷⁻¹²⁹. D'autres études révèlent un lien entre le logement avec services de soutien et la réduction du fardeau que représentent les établissements d'urgence et de détention (incluant les prisons et les hôpitaux), entraînant ainsi des économies^{121, 130}. Par exemple, un rapport rédigé pour le Secrétariat national pour les sans-abri présente une fourchette de coûts estimés associés aux différentes structures de logement (moyenne pour Vancouver, Halifax, Toronto et Montréal) :

- logements avec services de soutien et de transition existants : de 13 000 \$ à 18 000 \$ par année;
- refuges d'urgence : de 13 000 \$ à 42 000 \$ par année;
- soins en établissement : de 66 000 \$ à 120 000 \$ par année¹²¹.

Bien que cette information en dise long, il est important de noter que les estimations de coûts sont souvent limitées par différentes méthodes d'établissement des coûts, différentes façons de fournir les services, différents besoins des clients et le manque d'information propre aux résultats pour la santé à long terme.

Promotion de la santé mentale chez les itinérants : programmes communautaires de santé mentale

Puisqu'il n'est pas toujours facile de trouver un moyen de se sortir de l'itinérance et de trouver un logement stable, nous devons bien comprendre les stratégies de promotion de la santé mentale et nous intéresser à la maladie mentale chez les itinérants. Les personnes qui sont sans abri et qui souffrent d'une maladie mentale hésitent souvent à recourir aux méthodes plus traditionnelles de services offerts en cabinet¹³¹. Cela étant dit, un certain nombre de programmes communautaires de santé mentale ont été mis sur pied¹³². Certains offrent des services de liaison externe, alors que d'autres fournissent des services à plus long terme, sous forme de traitements communautaires actifs, de gestion des cas graves ou d'intégration des services.

Services de liaison externe

Les programmes de liaison externe représentent un premier point de contact pour les personnes qui ne participent pas déjà à d'autres modèles de services. Ils permettent d'évaluer les clients et de les orienter vers d'autres services à plus long terme. Par exemple :

- L'Équipe de psychiatrie communautaire du Centre de santé mentale Royal Ottawa se compose d'un groupe interdisciplinaire formé des personnes suivantes : un intervenant en toxicomanie, un ergothérapeute, une infirmière praticienne en psychiatrie, un psychiatre, un psychologue, un ludothérapeute et des travailleurs sociaux. L'équipe offre ses services aux personnes qui sont (ou risquent de devenir) sans-abri ainsi qu'aux organismes partenaires qui offrent leurs services à ces personnes¹³³.
- Le programme Street Outreach and Stabilization (SOS) de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) aide les itinérants de la région de Calgary à obtenir des services de santé mentale, des ressources financières, du logement, de l'aide juridique, de la formation aux aptitudes à la vie quotidienne, de la formation sur le transport, des façons de se divertir, des activités récréatives ainsi que de l'information sur les ressources communautaires et la façon d'y accéder¹³⁴.

Compte tenu de la nature des services de liaison externe, la plupart des évaluations des programmes de liaison externe sont axées sur la formation et les processus (nombre de personnes desservies, nombre de personnes orientées vers d'autres services à long terme, etc.) et ne tiennent pas compte des résultats pour la santé à long terme.

L'Équipe mobile de soins de santé Getcha-nishing Mashkiki¹³⁵ Ottawa (Ont.)

Créé en 2000, le projet Getcha-nishing Mashkiki a deux objectifs : répondre aux besoins en matière de santé des Autochtones itinérants de la région urbaine d'Ottawa et maîtriser les facteurs qui contribuent au risque élevé d'itinérance¹³⁵. Ce projet a notamment pour objectifs de stabiliser la santé physique et mentale des Autochtones itinérants; de fournir divers services d'intervention axés sur la culture pour traiter la toxicomanie; de promouvoir l'accès à divers services communautaires, de santé et de logement; et de favoriser les partenariats entre les organismes qui appuient les Autochtones itinérants. Les coûts associés au projet s'élèvent à environ 386,00 \$ par client. Les points saillants de l'évaluation font

état d'un certain nombre de résultats positifs en ce qui a trait à la santé mentale et au logement, dont voici quelques exemples :

- baisse de 40 % du taux de rechute chez 221 clients qui ont recours aux services de toxicomanie sur une base régulière;
- 30 clients ont trouvé un logement permanent;
- meilleure estime de soi liée à l'identité culturelle;
- meilleures qualité de vie et santé spirituelle;
- plus de 900 séances de thérapie individuelles (30 % en partenariat avec des organismes de santé mentale)¹³⁵.

Traitement communautaire dynamique

Les équipes de traitement communautaire dynamique, habituellement composées de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'intervenants en toxicomanie et d'autres professionnels, offrent des services de gestion des cas graves et de soutien aux personnes ayant des problèmes de santé mentale graves et persistants. Ces services sont offerts à long terme et souvent au sein même de la collectivité où vit le client¹³⁶.

Des études d'évaluation indiquent que, par rapport aux personnes qui reçoivent des services de santé traditionnels, les itinérants souffrant d'une maladie mentale grave et persistante et participant au programme de traitement communautaire dynamique avaient de meilleures conditions de logement et de meilleurs résultats cliniques. Ils étaient également plus satisfaits de leur bien-être en général, de leur quartier et de leur santé. Les participants au traitement communautaire dynamique ont également cumulé un nombre moins élevé de jours d'hospitalisation en psychiatrie (35 contre 67) et de visites à l'urgence (1 contre 2), ainsi qu'un nombre plus élevé de visites en clinique externe de santé mentale (103 contre 40). Ces résultats suggèrent une transition des services d'urgence aux soins continus en clinique externe¹³⁷.

Gestion des cas graves

La gestion des cas graves est une forme de gestion de cas de santé mentale axée sur le client et, à l'instar du traitement communautaire dynamique, elle offre aux participants des services intensifs et du soutien à long terme. Contrairement au traitement communautaire dynamique, les services de gestion des cas graves sont offerts par des gestionnaires de cas au lieu d'une équipe multidisciplinaire^{138, 139}.

La Community Mental Health Evaluation Initiative (CMHEI) consiste à évaluer, sur six ans, les programmes de santé mentale communautaire de plusieurs établissements de l'Ontario¹³⁹. Dans le cadre de cette évaluation, on a réalisé un essai clinique à

Ottawa pour comparer l'utilisation des services et les résultats chez les itinérants et les clients souffrant de maladie mentale participant à la gestion des cas graves et ceux qui recevaient les soins habituels. De nombreux participants avaient également d'autres problèmes, comme la toxicomanie^{138, 140}. Les résultats ont révélé une amélioration sur le plan de la stabilité du logement et du fonctionnement social chez les clients participant à la gestion des cas graves et recevant les soins habituels, de même qu'une baisse des taux d'hospitalisation et de toxicomanie. Lors du suivi réalisé 24 mois plus tard, les clients de la gestion des cas graves affichaient des taux beaucoup plus faibles d'instabilité du logement (10 % contre 27 %) et d'hospitalisation (13 % contre 32 %) que les clients qui recevaient les soins habituels¹³⁸⁻¹⁴⁰.

Intégration des services

L'intégration de différents services est un autre domaine d'intérêt propre à la santé mentale et à l'itinérance. En 1993, le Department of Health and Human Services des États-Unis a entrepris un programme-pilote, Access to Community Care and Effective Services and Supports (ACCESS), qui s'est déroulé dans 18 établissements dans le cadre d'un programme national visant à réduire l'itinérance chez les personnes atteintes de maladie mentale grave¹⁴¹. Les objectifs de ce programme se divisaient en deux volets : « ... élaborer des méthodes prometteuses dans le but d'intégrer les systèmes et évaluer leur efficacité à offrir des services à cette population (p. 369-370)¹⁴¹ ». [Traduction] Les résultats découlant du programme ACCESS sont présentés dans de nombreux rapports. Une étude a révélé qu'il n'y a aucune différence entre les clients participant à l'expérience et ceux du groupe témoin en ce qui a trait à l'état de santé mentale et la vie autonome. Cependant, elle a fait état d'une association positive entre les participants inscrits aux systèmes plus intégrés et de meilleurs résultats liés au logement¹⁴².

Triage Centre^{143, 144} Vancouver (C.-B.)

Le Triage Centre de Vancouver est un bon exemple d'initiative canadienne qui offre une gamme de services aux adultes atteints de maladie mentale, notamment un refuge d'urgence, des services de liaison externe, une habitation à loyer modique (en partenariat avec d'autres organismes à but non lucratif) et un logement avec services de soutien.

- Son programme Princess Rooms Transitional Housing consiste en une maison de 47 chambres qui a pour objectif d'accroître le nombre de logements de transition offerts aux itinérants ainsi qu'aux hommes et aux femmes difficiles à atteindre. Au cours de leur séjour, on incite les pensionnaires à profiter des services qui leur sont offerts dans la collectivité, comme les

programmes de lutte contre la toxicomanie et les programmes de formation préalable à l'emploi, dans le but de les réintégrer dans la société.

- Son programme Triage Outreach allie les activités de liaison externe et l'aide à la recherche d'un logement. Des résultats d'évaluation révèlent que la qualité du logement s'est améliorée chez 76 % des clients de liaison externe; une baisse de 64 % des admissions dans les refuges d'urgence (moyenne mensuelle de 10,87 à 4,00) et une stabilité accrue dans l'ensemble, si l'on se fie aux taux d'intervention, de toxicomanie, d'anxiété, de suicide et au degré d'utilisation des services d'urgence.

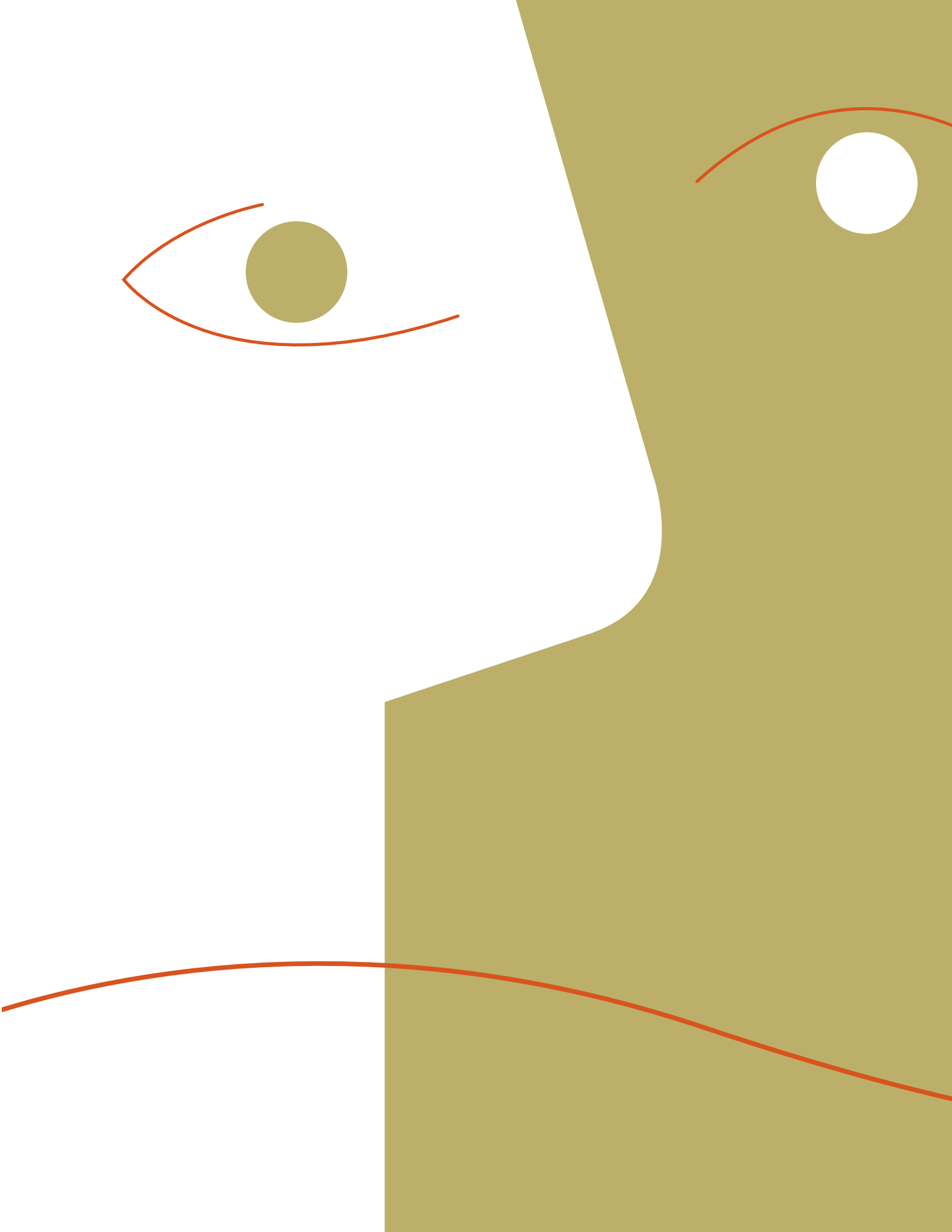
Promotion de la santé mentale chez les itinérants : une approche axée sur la santé de la population

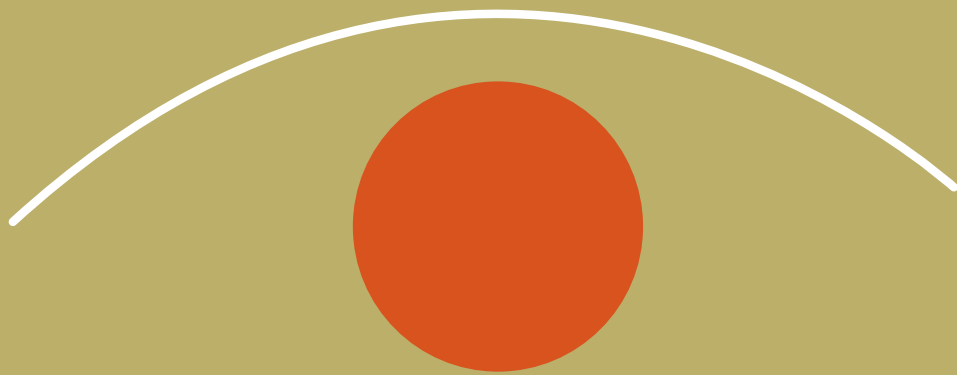
La promotion de la santé mentale « habilite les individus et les collectivités à avoir avec leur environnement une interaction qui les rendra plus forts sur les plans émotionnel et spirituel (p. 21)³ ». On mise ainsi sur diverses stratégies dans le but d'accroître l'estime de soi, les habiletés d'adaptation, le soutien social et le bien-être³. Les stratégies de promotion de la santé mentale, jumelées aux traitements propres à une maladie mentale, peuvent permettre aux personnes d'avoir un sentiment de bien-être, d'établir des relations saines et de maintenir une forme de logement et d'emploi¹⁴⁵.

Les divers programmes de logement et programmes communautaires de santé mentale dont il est question dans cette section incorporent des éléments essentiels à la promotion de la santé mentale aux services qu'ils offrent aux personnes itinérantes ou risquant de le devenir. Il existe de nombreux liens entre les déterminants de la santé mentale et les déterminants de l'itinérance.

Ils démontrent l'importance du maintien des discussions et des mesures qui assurent la promotion de la santé mentale au sein de cette population. En matière de promotion de la santé mentale, une approche axée sur la santé de la population comprend les aspects suivants :

- « mettre l'accent sur les besoins de l'ensemble de la population et des sous-populations ayant des besoins spéciaux;
- aborder les déterminants de la santé mentale ainsi que leurs interrelations;
- fonder les décisions sur un besoin manifeste (données probantes) ainsi que sur l'efficacité des interventions;
- accroître les investissements au chapitre des déterminants sociaux et économiques de la santé;
- miser sur des stratégies multiples dans divers contextes et secteurs;
- favoriser la collaboration entre les divers secteurs et paliers gouvernementaux;
- prévoir des mécanismes encourageant la participation concrète des citoyens;
- insister sur le devoir de transparence quant aux résultats atteints en matière de santé (p. 21)³ ».





Santé mentale et itinérance

Conclusions

L'itinérance est une dure réalité qui touche plus de 10 000 personnes au Canada n'importe quel soir. Certains groupes, comme les Autochtones, sont surreprésentés parmi les itinérants de l'ensemble des villes canadiennes. Cependant, l'itinérance ne se limite pas à un groupe; elle touche tous les segments de la société, y compris les jeunes, les hommes, les femmes, les familles monoparentales et biparentales, les immigrants et les personnes âgées.

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance* a pour objectif de fournir un aperçu de la recherche, des données, des interventions et des orientations stratégiques propres à la santé mentale et à l'itinérance. L'information contenue dans ce rapport démontre que les liens entre la santé mentale et l'itinérance sont nombreux et interreliés.

- Pour certaines personnes, les facteurs qui mènent à l'itinérance peuvent être davantage en amont, reflétant des questions telles que le logement, le niveau de revenu ou le statut d'emploi. Pour d'autres, ils peuvent être de nature plus personnelle ou individuelle, reflétant des questions telles que la santé mentale et le bien-être, la maladie mentale et la toxicomanie. Bon nombre de ces éléments personnels et en amont sont interreliés.
- Certaines études suggèrent également que les itinérants sont plus à risque d'être en mauvaise santé mentale et de souffrir de maladie mentale. D'autres recherches ont révélé que les personnes en mauvaise santé mentale ou souffrant d'une maladie mentale sont plus susceptibles de devenir itinérantes.

Il faut tenir compte des facteurs individuels et des déterminants sociaux plus généraux de la santé pour comprendre le lien entre la santé mentale et l'itinérance. Il est alors plus facile d'intervenir et d'élaborer des politiques en vue de régler les problèmes liés à l'itinérance, à la santé mentale et à la maladie mentale auxquels sont confrontés les itinérants.

Les recherches indiquent que la maladie mentale, la toxicomanie et les comportements suicidaires sont plus communs chez les itinérants que dans la population en général. Les chercheurs se penchent de plus en plus sur l'itinérance en accordant davantage d'importance à la santé mentale et au bien-être au lieu de se limiter à la maladie mentale. Les recherches indiquent que les itinérants ont tendance à avoir moins confiance en eux et à avoir moins de soutien social, deux déterminants de la santé mentale. Elles révèlent également une tendance pour les stratégies d'adaptation qui consistent à éviter les sources de stress plutôt qu'à résoudre ses problèmes.

Compte tenu de la nature transversale de bon nombre de ces études, il est difficile de cerner les relations causales. En outre, on pourrait croire que plusieurs de ces facteurs liés à la santé mentale sont axés sur les individus. Malgré cela, les résultats indiquent que les programmes cliniques, de liaison externe et de recherche portant sur des questions précises telles que les facultés d'adaptation, la confiance en soi et le soutien social pourraient avoir leur importance, tout comme les interventions et les politiques visant la maladie mentale, la toxicomanie et les autres déterminants de l'itinérance, comme le logement, le revenu et l'emploi.

Le rapport se penche également sur les programmes et les politiques propres à la santé mentale et à l'itinérance. Compte tenu des nombreux facteurs qui touchent la santé mentale et l'itinérance, nous nous sommes penchés sur deux types d'initiatives : les programmes axés sur le logement et les programmes communautaires de santé mentale. Nous avons trouvé relativement peu

d'évaluations des résultats. Cela étant dit, les éléments de preuve démontrent l'efficacité de certains programmes de logement, particulièrement ceux qui ont adopté l'approche Housing First, puisqu'ils permettent aux itinérants de trouver un logement stable. Les recherches indiquent également qu'il existe des programmes communautaires de santé mentale qui, grâce à diverses stratégies, offrent du soutien aux itinérants souffrant de maladie mentale. Les éléments de preuve démontrent que certains programmes aident les itinérants à trouver un logement stable, à être plus satisfaits de leur bien-être en général et à requérir moins de services d'urgence (hospitalisations et visites à l'urgence).

Compte tenu de l'information disponible et des efforts déployés en vue de respecter la portée du présent rapport, nous n'avons pas été en mesure d'aborder précisément certains domaines, notamment :

- Nous devons approfondir nos recherches afin de déterminer si certains aspects positifs, tels que le ressort psychologique, la durabilité, l'optimisme et la capacité d'adaptation peuvent jouer un rôle de protection contre les résultats négatifs pour la santé mentale souvent associés à l'itinérance.
- Compte tenu des données et des recherches disponibles, l'information présentée dans le rapport portait principalement sur les jeunes itinérants et les hommes célibataires. Nous n'avons pas étudié les sous-groupes suivants : familles monoparentales, enfants de familles d'itinérants, femmes célibataires, femmes et enfants vivant dans les refuges pour victimes de violence conjugale, Autochtones, jeunes gais, lesbiennes et transgenres, immigrants, anciens combattants et personnes âgées. Il est important de déterminer la prévalence de ces groupes au sein de la population d'itinérants, de même que leurs problèmes et leurs besoins liés à la santé mentale.

- Le rapport présente un aperçu de maladies mentales et de dépendances précises, mais il ne les présente pas en détails. Par exemple, il n'étudie pas les écarts liés à l'âge ou au sexe lors de l'apparition de la maladie mentale, ni l'incidence de la durée de l'itinérance sur certaines questions liées à la santé mentale et à la maladie mentale. Il ne se penche pas non plus sur d'autres questions, comme le tabagisme en tant que codépendance, l'incidence des déficiences développementales sur une personne qui a déjà reçu un diagnostic de maladie mentale et la prévalence du syndrome d'alcoolisme fœtal chez les itinérants, pour n'en nommer que quelques-uns.

L'information contenue dans le présent rapport révèle que, dans tous les paliers de gouvernement et les secteurs, qu'ils soient liés ou non à la santé, chacun doit jouer son rôle pour comprendre et étudier le lien entre la santé mentale et l'itinérance au Canada. Les principaux messages tirés du rapport et les lacunes de l'information qui persistent dans les ouvrages sont présentés dans les pages qui suivent.

Principaux messages et lacunes de l'information

Que savons-nous?

- L'itinérance touche plus de 10 000 Canadiens n'importe quel soir et certains groupes, comme les Autochtones, sont surreprésentés au sein de la population d'itinérants à l'échelle nationale.
- La population d'itinérants est très diversifiée en termes d'âge, de sexe, d'origine ethnique, d'état de santé mentale, de maladies mentales et de recours aux services de santé.
- Les déterminants individuels et en amont de la santé mentale et de l'itinérance sont nombreux et interreliés.
- Une mauvaise santé mentale et la maladie mentale peuvent être des facteurs de risque pour l'itinérance et en être le résultat.
- Il est difficile de comparer les études et les villes en raison des différences sur le plan des définitions employées pour l'itinérance, des méthodes utilisées pour estimer la prévalence de l'itinérance et des méthodes employées pour mesurer l'état de santé mentale et les maladies mentales chez les itinérants.
- Les études indiquent qu'il existe un lien entre les niveaux élevés de stress, les styles et les stratégies d'adaptation, la mauvaise estime de soi, un faible niveau de soutien social et les comportements suicidaires, la maladie mentale et la toxicomanie chez les itinérants.
- Les éléments de preuve démontrent que les programmes ayant adopté l'approche Housing First et les divers programmes communautaires de santé mentale (par exemple, le traitement communautaire dynamique) peuvent permettre d'améliorer les conditions de logement et les résultats pour la santé des itinérants atteints de maladie mentale.
- Dernièrement, les programmes destinés aux itinérants et aux personnes atteintes de maladie mentale tendent à inclure davantage d'aspects liés à la promotion de la santé mentale.
- En général, les programmes existants peuvent seulement aider un petit nombre d'itinérants à la fois, malgré le nombre élevé d'itinérants partout au Canada.

Que nous reste-t-il à découvrir?

- Quelle est la prévalence exacte de l'itinérance à l'échelle du Canada, en sachant qu'il n'existe aucun moyen normalisé de dénombrer les itinérants au Canada?
- Quelle est la prévalence exacte de la mauvaise santé mentale et de la maladie mentale chez les itinérants canadiens, compte tenu des écarts dans la mesure de ces éléments?
- Quels sont les mécanismes de causalité qui sous-tendent les liens entre la santé mentale, la maladie mentale et l'itinérance?
- Certains aspects comme l'optimisme, la capacité d'adaptation et le ressort psychologique assurent-ils un rôle de protection contre les facteurs de risque et les résultats négatifs pour la santé mentale associés à l'itinérance?
- Quels sont les mécanismes de causalité qui sous-tendent les liens entre les grands déterminants de la santé et la santé mentale chez les itinérants?
- Certains problèmes de santé mentale et sous-groupes de la population d'itinérants font-ils davantage l'objet d'études que d'autres?
- Quelle est l'ampleur des écarts dans les besoins de santé mentale des différents sous-groupes de la population d'itinérants?
- Les résultats découlant d'études sur les jeunes itinérants peuvent-ils s'appliquer aux itinérants adultes?
- Les résultats des études américaines peuvent-ils s'appliquer à la population d'itinérants du Canada?
- Quel est le coût de l'itinérance en termes de qualité de vie?
- Quels sont les coûts totaux (directs et indirects) associés à l'itinérance pour le système de santé canadien?
- La désinstitutionnalisation joue-t-elle un rôle dans la prestation de services de santé mentale aux itinérants?
- Quelles interventions visant à traiter la santé mentale chez les itinérants n'ont pas fonctionné et pourquoi?
- Doit-on intervenir différemment, ou certaines interventions sont-elles plus efficaces que d'autres pour répondre aux besoins des itinérants présentant un ou plusieurs diagnostics?
- Les programmes communautaires de santé mentale ont-ils la même capacité d'améliorer des résultats précis pour la santé mentale (comme l'estime de soi) chez les itinérants atteints ou non de maladie mentale?
- Les programmes communautaires de logement et de santé mentale ont-ils la même capacité d'améliorer les résultats pour la santé et les conditions de logement chez des groupes particuliers d'itinérants (par exemple, les jeunes et les Autochtones)?

Quelles sont les recherches de l'ISPC dans le domaine?

L'ISPC a financé et commandé plusieurs projets et produits de recherche qui se penchent sur la santé mentale, dont ceux indiqués ci-après.

<p>Projets et programmes de recherche financés par l'ISPC</p>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé</i> (Agence de santé publique du Canada, Université Laurentienne)• Inégalités matérielles et sociales dans la métropole de Montréal : Association avec les résultats pour la santé physique et mentale (M. Zunzunegui, Université de Montréal)• La santé mentale des enfants : Prévention des troubles et promotion de la santé de la population au Canada (C. Waddell, Université de la Colombie-Britannique)• Les effets des interventions en éducation spécialisée sur les résultats scolaires et la santé mentale des enfants (K. Bennett, Université McMaster)• La santé mentale et physique des adolescents québécois des Centres jeunesse : une étude cas-témoin (J. Toupin, Université de Sherbrooke)• Jeunesse vulnérable : Une étude de l'obésité, de la mauvaise santé mentale et des comportements à risque chez les adolescents au Canada (D. Willms, Université de la Colombie-Britannique)• Les relations entre les composantes du soutien social, la santé mentale et la qualité de vie chez des populations défavorisées au niveau socioéconomique (J. Caron, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal)• <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes</i> (M. Desmeules, Agence de santé publique du Canada)• Immigrants, sélection et santé mentale (Z. Wu, Université de Victoria)
<p>Autres produits complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none">• Recueil d'ouvrages : « Qu'est-ce qui contribue à la bonne santé mentale d'une collectivité? »• Santé mentale et itinérance — Documents pertinents qui seront affichés sur le site Web de l'ISPC :<ul style="list-style-type: none">- Bibliographie annotée- Méthodologie de revue de la littérature- Méthodologie d'analyse des données- Méthodologie d'examen des politiques

Pour en savoir plus

La série de rapports *Améliorer la santé des Canadiens* publiés par l'ISPC résumant les principaux résultats de recherche sur un thème donné, présentent de nouvelles analyses sur un sujet et partagent ce que nous savons et ignorons de l'efficacité des politiques et des programmes. L'objectif fondamental de chaque rapport consiste à brosser un tableau qui saura intéresser les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs dans le but de faire progresser la réflexion et les mesures relatives à la santé de la population au Canada.

Le premier rapport vedette de l'Initiative sur la santé de la population canadienne s'intitulait *Améliorer la santé des Canadiens 2004*⁴⁶. Ce rapport se divisait en quatre chapitres : Le revenu, Le développement de la jeune enfance, La santé des Autochtones et L'obésité.

Après la publication du rapport *Améliorer la santé des Canadiens 2004*, nous avons décidé de produire et de diffuser un deuxième rapport, *Améliorer la santé des Canadiens 2005-2006*, et de l'intégrer à une série de rapports qui présenterait les trois thèmes stratégiques de l'ISPC de 2004 à 2007 : *Transitions saines vers l'âge adulte*, *Poids santé* et *Le lieu et la santé*.

- Le premier rapport de la série, *Améliorer la santé des jeunes Canadiens* (publié en octobre 2005), portait sur la relation entre les résultats et les comportements relatifs à la santé des jeunes Canadiens âgés de 12 à 19 ans et les liens positifs qu'ils entretiennent avec leur famille, leur école, leurs camarades et la collectivité¹⁴⁷.
- Le second rapport, *Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé* (publié en février 2006), étudiait les facteurs liés aux milieux dans lesquels nous vivons, apprenons, travaillons et nous divertissons, et la façon dont ces facteurs facilitent ou compliquent les choix que nous faisons, en tant que Canadiens, en matière d'alimentation et d'activité physique¹⁴⁸.
- Le dernier rapport de la série, *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain* (publié en novembre 2006) portait sur les liens entre la santé des Canadiens vivant en milieu urbain et l'influence des aspects sociaux et physiques des quartiers urbains sur la vie quotidienne et la santé des personnes qui y vivent¹¹⁶.

Les thèmes stratégiques de l'ISPC pour la période de 2007 à 2010 incluent *la santé mentale et le ressort psychologique*, *le lieu et la santé*, *la réduction des écarts en matière de santé* et *le poids santé*. *Améliorer la santé des Canadiens* se divisera en trois rapports qui se pencheront sur la santé mentale dans une perspective de santé de la population.

Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance est accessible dans les deux langues officielles, sur le site Web de l'ICIS, à la page www.icis.ca/ispc. Pour commander des exemplaires supplémentaires du rapport, prière de communiquer avec :

Institut canadien d'information sur la santé

Bureau des commandes

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Tél. : 613-241-7860

Télec. : 613-241-8120

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires et suggestions sur le rapport et de toute idée qui pourrait nous aider à améliorer les prochains rapports, et à les rendre plus utiles et plus instructifs. Pour ce faire, nous vous demandons de remplir la feuille de rétroaction (À vous la parole!), qui se trouve à la fin du rapport. Vous pouvez aussi nous faire parvenir vos commentaires par courriel, à ispc@icis.ca.

Ressources Internet

La version papier du présent rapport ne propose qu'une infime partie de tout ce que vous pouvez trouver sur notre site Web. Nous vous invitons à le consulter à l'adresse www.icis.ca/ispc pour obtenir de plus amples renseignements ainsi que la liste complète des rapports, des bulletins et des autres produits de l'ISPC à votre disposition.

En effet, vous pouvez :

- télécharger une présentation décrivant les faits saillants du rapport *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*;
- recevoir des mises à jour et de l'information, en vous abonnant au bulletin électronique *La santé de la nation*;
- consulter les autres publications de la série *Améliorer la santé des Canadiens*;
- vous tenir au courant des activités à venir de l'ISPC;
- télécharger des copies des autres rapports de l'ISPC publiés par l'ICIS.

Autres rapports de l'ISPC publiés par l'ICIS	Nom du Rapport	Auteur et date de publication
		Lieu et Santé
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain</i>	ICIS (novembre 2006)
	• <i>Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé</i>	ICIS, Agence de santé publique du Canada et Université Laurentienne (septembre 2006)
	• <i>Kachimaa Mawiin — Certitudes possibles : Faire une place au lieu dans la recherche et les politiques en matière de santé</i>	ICIS (octobre 2005)
	• <i>Élaboration d'un indice de la santé des collectivités : Un recueil d'articles</i>	ICIS (février 2005)
	• <i>Le logement et la santé de la population</i>	Brent Moloughney (juin 2004)
	• <i>Atelier de travail régional des provinces des Prairies sur les déterminants des collectivités en santé</i>	ICIS (août 2003)
	• <i>Rapport de synthèse de l'atelier Le lieu et la santé (Banff)</i>	ICIS (juin 2003)
	Poids santé	
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé</i>	ICIS (février 2006)
	• <i>Socio-Demographic and Lifestyle Correlates of Obesity— Technical Report on the Secondary Analyses Using the 2000–2001 Canadian Community Health Survey</i>	Cora Lynn Craig, Christine Cameron et Adrian Bauman (août 2005)
	• <i>Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population</i>	Kim D. Raine (août 2004)
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur l'obésité</i>	ICIS (février 2004)
	• <i>L'obésité au Canada : Identifier les priorités politiques</i>	ICIS et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (juin 2003)
	Réduction des écarts en matière de santé	
	• <i>Qu'avons-nous appris en étudiant l'inégalité du revenu et la santé de la population?</i>	Nancy Ross (décembre 2004)
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur le revenu</i>	ICIS (février 2004)
	• <i>Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé</i>	ICIS, Shelley Phipps et David Ross (septembre 2003)

suite Autres rapports de l'ISPC publiés par l'ICIS	Nom du Rapport	Auteur et date de publication
	Transitions saines vers l'âge adulte	
• <i>De fil en aiguille : Tisser une place pour les jeunes</i>	ICIS (septembre 2006)	
• <i>Améliorer la santé des jeunes Canadiens</i>	ICIS (octobre 2005)	
• <i>S'entendre sur le fond : Comblant le fossé de la communication entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques</i>	ICIS (septembre 2004)	
• <i>Atelier de travail régional des provinces de l'Atlantique (Fredericton)</i>	ICIS (juillet 2003)	
Développement de la jeune enfance		
• <i>Développement de la jeune enfance à Vancouver : Rapport du Community Asset Mapping Project (CAMP)</i>	Clyde Hertzman et coll. (mars 2004)	
• <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur le développement de la jeune enfance</i>	ICIS (février 2004)	
Santé des autochtones		
• <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur la santé des Autochtones</i>	ICIS (février 2004)	
• <i>Mesurer le capital social : Un guide pour les collectivités des Premières Nations</i>	Javier Mignone (décembre 2003)	
• <i>Directions initiales : Procès-verbal d'une réunion sur la santé des Autochtones</i>	ICIS (juin 2003)	
• <i>Collectivités autochtones en milieu urbain : Procès-verbal de la table ronde sur la santé des Autochtones en milieu urbain</i>	ICIS (mars 2003)	
• <i>Élargir les optiques d'analyse : Procès-verbal de la table ronde sur la santé des Autochtones</i>	ICIS (janvier 2003)	
Rapports multidimensionnels et outils		
• <i>Mise en application des connaissances sur la santé publique et des populations</i>	IRSC et ICIS (février 2006)	
• <i>Quelques points saillants de l'opinion du public sur les déterminants de la santé</i>	ICIS (février 2005)	
• <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes — chapitres supplémentaires de l'ISPC</i>	ICIS et Santé Canada (octobre 2004)	
• <i>Le chemin à parcourir : Rapport d'étape : Deux ans plus tard : Bilan?</i>	ICIS et IRSC (février 2004)	
• <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes</i>	ICIS et Santé Canada (octobre 2003)	
• <i>Les obstacles à l'accès et à l'analyse de l'information sur la santé au Canada</i>	George Kephart (novembre 2002)	
• <i>Outils d'échange des connaissances : Exploration des pratiques exemplaires dans la recherche en politiques</i>	ICIS (octobre 2002)	
• <i>Le chemin à parcourir : Une consultation pancanadienne sur les priorités en matière de santé publique et des populations</i>	ICIS et IRSC (mai 2002)	
• <i>Bulletin électronique La santé de la nation</i>	ICIS (trimestriel)	
• <i>Réunion de Partenariat : Rapport de l'ISPC</i>	ICIS (mars 2002)	
• <i>Analyse de la conjecture des stratégies de transfert de la recherche</i>	ICIS (février 2001)	

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, *The WHO World Health Report 2001 New Understanding—New Hope*, Genève, OMS, 2001.
2. Organisation mondiale de la Santé, *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*, Genève, OMS, 2001.
3. Agence de santé publique du Canada, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.
4. Institut canadien d'information sur la santé, *Le Plan d'action de 2007 à 2010 de l'Initiative sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, ICIS, 2006.
5. Canada, *Budget 2007: Preserving Our Environment and Modernizing Our Health Care System*, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2007.
6. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Ottawa, le Sénat, 2006.
7. Statistique Canada, 2001 *Census: Analysis Series—Collective Dwellings*, Ottawa, Statistique Canada, 2002. N° 96F0030XIE2001004 au catalogue.
8. S. W. Hwang, « Homelessness and Health », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 2 (2001), p. 229-233.
9. P. Begin, L. Casavant et N.M. Chenier, *Homelessness* (en ligne), Ottawa (Ontario), Direction de la recherche parlementaire, 1999. Consulté le 26 juin 2006. Internet : <<http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/prb991-e.pdf>>.
10. Association canadienne pour la santé mentale, « Mental Health and Homelessness: A CMHA Ontario Position Paper », 1997, p. 1-4.
11. Fédération canadienne des municipalités, *Incomes, Shelter and Necessities*, Ottawa, FCM, 2004, « Quality of Life In Canadian Communities », rapport thème n° 1.
12. Mental Health Policy Research Group, *Mental Illness and Pathways into Homelessness: Findings and Implications*, Toronto, 3 novembre 1997. Exposé présenté lors de la Mental Illness and Pathways into Homelessness Conference.
13. C. J. Frankish, S. W. Hwang et D. Quantz, « Homelessness and Health in Canada: Research Lessons and Priorities », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, suppl. n° 2 (2005), p. S23-29.
14. S. Shortt, S. Hwang et H. Stuart, *Homelessness and Health: A Policy Synthesis on Approaches to Delivering Primary Care for Homeless Persons*, Kingston, Centre for Health Services and Policy Research, Queen's University, 2006.
15. P. Goering, G. Tolomiczenko, T. Sheldon, K. Boydell et D. Wasylenki, « Characteristics of Persons Who Are Homeless for the First Time », *Psychiatric Services*, vol. 53, n° 11 (2002), p. 1472-1474.
16. E. Susser, S. Conover et E. L. Struening, « Problems of Epidemiologic Method in Assessing the Type and Extent of Mental Illness among Homeless Adults », *Hospital & Community Psychiatry*, vol. 40, n° 3 (1989), p. 261-265.

17. T. Caputo, R. Weiler et J. Anderson, *The Street Lifestyle Study*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997.
18. Hamilton Community Services, *On Any Given Night: Measuring Homelessness in Hamilton*, Hamilton, Hamilton Community Services, 2006.
19. Homelessness Resources Winnipeg, *Emergency Shelter Count* (en ligne), 2005, p. 1-11. Consulté le 30 avril 2007. Internet : <http://www.spcw.mb.ca/pfac_documents/emergency_shelters.pdf>.
20. A. Brannigan et T. Caputo, *Studying Runaways and Street Youth in Canada: Conceptual and Research Design Issues*, révisé par le Solliciteur général du Canada, Santé et Bien-être social Canada, 1993, p.1-53.
21. Toronto Shelter Support and Housing Administration, *2006 Street Needs Assessment: Results and Key Findings* (en ligne), Toronto, Ville de Toronto, 2006, p. 1-32. Consulté le 16 mars 2007. Internet : <<http://www.toronto.ca/housing/pdf/streetneedsassessment.pdf>>.
22. Statistique Canada, *Aboriginal Population in the GRVD, 2001 Census 2001*. Source : Greater Vancouver Regional District, 2001.
23. Social Planning and Research Council of BC, *On Our Streets and in Our Shelters...Results of the 2005 Greater Vancouver Homeless Count*, Vancouver, Social Planning and Research Council of BC, 2005.
24. P. J. Fischer et W. R. Breakey, « The Epidemiology of Alcohol, Drug, and Mental Disorders among Homeless Persons », *American Psychologist*, vol. 46, n° 11 (1991), p. 1115-1128.
25. Victoria Cool Aid Society, *Homeless Count—2005: Victoria, BC*, Victoria, Victoria Cool Aid Society, 2005.
26. R. VanWyk et A. VanWyk, *Homelessness in the Upper Fraser Valley*, Abbotsford, Mennonite Central Committee of BC, 2005.
27. Edmonton Joint Planning Committee on Housing, *Out in the Cold: A Count of Homeless Persons in Edmonton*, Edmonton, Edmonton Joint Planning Committee on Housing, 2006.
28. City of Calgary—Community and Neighbourhood Services, *Results of the 2006 Count of Homeless Persons in Calgary*, Calgary, Community & Neighbourhood Services, Policy & Planning Division, 2006.
29. C. Kauppi, J. Gasparini, J.-M. Bélanger et C. Partridge, *Report on Homelessness in Sudbury*, Sudbury, City of Greater Sudbury, 2003.
30. University of Ontario—Institute of Technology, *Durham Region Homelessness Initiative: Phase Two Report*, Oshawa, University of Ontario, 2006. p. 1472-1474.
31. Halifax Regional Municipality, *Homelessness in HRM: Portrait of Streets & Shelters*, Halifax, Planning and Development Services, 2005.
32. City of Thunder Bay, *Fast Forward Thunder Bay—Community Development Framework: Annual Indicators Report 2005*, Thunder Bay, City of Thunder Bay, 2005.
33. London Homeless Coalition, *London Report Card on Homelessness*, London, London Homeless Coalition, 2006.

34. Region of Waterloo Social Services, *Understanding the Housing Stability System for Adults in Waterloo Region's Urban Areas*, Waterloo, Social Planning, Policy and Program Administration, 2006, p. 1-29.
35. S. Dietrich, S. Morton-Ninomiya et D. Vandebelt, *Understanding Homelessness in Waterloo Region: A Backgrounder*, Waterloo, Social Planning Council of Kitchener-Waterloo, 1999.
36. Social Housing Strategists, *People Needing Housing: A Collaborative Housing Strategy for the Niagara Community—Summary Document*, King City, Social Housing Strategists, 2004.
37. Alliance to End Homelessness, *Experiencing Homelessness: Third Report Card on Ending Homelessness in Ottawa Jan-Dec 2006*, Ottawa, The Alliance to End Homelessness Ottawa, 2006.
38. Statistique Canada, *Dictionnaire du Recensement de 2001*, Ottawa, Statistique Canada, 2002. N° 92-378-XIF au catalogue.
39. T. Bunting, R. A. Walks et P. Filion, « The Uneven Geography of Housing Affordability Stress in Canadian Metropolitan Areas », *Housing Studies*, vol. 19, n° 3 (2004), p. 361-393.
40. B. Lee, T. Price-Spratlen et J. Kanan, « Determinants of Homelessness in Metropolitan Areas », *Journal of Urban Affairs*, vol. 25, n° 3 (2003), p. 335-355.
41. R. Tessler, R. Rosenheck et G. Gamache, « Gender Differences in Self-Reported Reasons for Homelessness », *Journal of Social Distress and the Homeless*, vol. 10, n° 3 (2001), p. 243-254.
42. Centre for Addiction and Mental Health, *Current Issues in Addictions and Mental Health* (en ligne), Toronto, CAMH, 2003. Consulté le 23 avril 2007. Internet : <http://www.camh.net/Public_policy/Public_policy_papers/current_issues_paper03.pdf.pdf>.
43. A. M. Cauce, M. Paradise, J. A. Ginzler, L. Embry, C. J. Morgan, Y. Lohr et J. Theofelis, « The Characteristics and Mental Health of Homeless Adolescents: Age and Gender Differences », *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, vol. 8, n° 4 (2000), p. 230-239.
44. G. R. Adams, T. Gullotta et M. A. Clancy, « Homeless Adolescents: A Descriptive Study of Similarities and Differences between Runaways and Throwaways », *Adolescence*, vol. 20, n° 79 (1985), p. 715-724.
45. S. W. Hwang et A. L. Bugeja, « Barriers to Appropriate Diabetes Management Among Homeless People in Toronto », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, n° 2 (2000), p. 161-165.
46. S. W. Hwang, « Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 16 (2000), p. 2152-2157.
47. E. Roy, N. Haley, P. Leclerc, B. Sochanski, J. F. Boudreau et J. F. Boivin, « Mortality in a Cohort of Street Youth in Montreal », *Journal of the American Medical Association*, vol. 292, n° 5 (2004), p. 569-574.
48. A. M. Cheung et S. W. Hwang, « Risk of Death among Homeless Women: A Cohort Study and Review of the Literature », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 8 (2004), p. 1243-1247.
49. Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé* (en ligne), Ottawa, ICIS, 2006. Consulté le 20 avril 2007. Internet : <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/ dispPage.jsp?cw_page=download_form_e&cw_sku=06HLTINDPDF&cw_ctt=1&cw_dform=N](http://secure.cihi.ca/cihiweb dispPage.jsp?cw_page=download_form_e&cw_sku=06HLTINDPDF&cw_ctt=1&cw_dform=N)>.

50. O. Gureje, M. Von Korff, G. E. Simon et R. Gater, « Persistent Pain and Well-Being: A World Health Organization Study in Primary Care », *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, n° 2 (1998), p. 147-151.
51. S. N. Harris, C. T. Mowbray et A. Solarz, « Physical Health, Mental Health, and Substance Abuse Problems of Shelter Users », *Health & Social Work*, vol. 19, n° 1 (1994), p. 37-45.
52. S. L. Ayerst, « Depression and Stress in Street Youth », *Adolescence*, vol. 34, n° 135 (1999), p. 567-575.
53. E. Votta et I. G. Manion, « Factors in the Psychological Adjustment of Homeless Adolescent Males: The Role of Coping Style », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 42, n° 7 (2003), p. 778-785.
54. J. B. Unger, M. D. Kipke, T. R. Simon, C. J. Johnson, S. B. Montgomery et E. Iverson, « Stress, Coping, and Social Support among Homeless Youth », *Journal of Adolescent Research*, vol. 13, n° 2 (1998), p. 134-157.
55. B. E. Molnar, S. B. Shade, A. H. Kral, R. E. Booth et J. K. Watters, « Suicidal Behavior and Sexual/Physical Abuse among Street Youth », *Child Abuse and Neglect*, vol. 22, n° 3 (1998), p. 213-222.
56. J. F. Boivin, E. Roy, N. Haley et G. Galbaud du Fort, « The Health of Street Youth: A Canadian Perspective », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, n° 6 (2005), p. 432-437.
57. J. A. Lam et R. Rosenheck, « The Effect of Victimization on Clinical Outcomes of Homeless Persons with Serious Mental Illness », *Psychiatric Services*, vol. 49, n° 5 (1998), p. 678-683.
58. K. T. Mueser, M. P. Salyers, S. D. Rosenberg, L. A. Goodman, S. M. Essock, F. C. Osher, M. S. Swartz et M. I. Butterfield, « Interpersonal Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Patients with Severe Mental Illness: Demographic, Clinical, and Health Correlates », *Schizophrenic Bulletin*, vol. 30, n° 1 (2004), p. 45-57.
59. S. Gaetz, « Safe Streets for Whom? Homeless Youth, Social Exclusion, and Criminal Victimization », *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, vol. 46, n° 4 (2004), p. 423-455.
60. J. Grunberg et P. F. Eagle, « Shelterization: How the Homeless Adapt to Shelter Living », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 5 (1990), p. 521-525.
61. Agence de santé publique du Canada, *What Determines Health?* (en ligne), 2004. Consulté le 21 février 2005. Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html#unhealthy>>.
62. E. Votta et I. Manion, « Suicide, High-Risk Behaviours, and Coping Style in Homeless Adolescent Males' Adjustment », *The Journal of Adolescent Health*, vol. 34, n° 3 (2004), p. 237-243.
63. B. Compas, « Effortful and Involuntary Responses to Stress: Implications for Coping with Chronic Stress », *Coping with Chronic Stress*, révisé par B. H. Gottlieb, New York, Plenum Press, 1997, p. 105-130.
64. R. B. Murray, « Stressors and Coping Strategies of Homeless Men », *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 34, n° 8 (1996), p. 16-22.

65. K. D. Johnson, L. B. Whitbeck et D. R. Hoyt, « Predictors of Social Network Composition among Homeless and Runaway Adolescents », *Journal of Adolescence*, vol. 28, n° spécial 2 (2005), p. 231-248.
66. P. A. Thoits, « Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? », *Journal of Health and Social Behaviour*, édition spéciale (1995), p. 53-79.
67. S. J. Farrell, T. Aubry et E. Reissing, *Street Needs Assessment: An Investigation of the Characteristics and Service Needs of Persons Who Are Homeless and Not Currently Using Emergency Shelters in Ottawa*, Ottawa, Université d'Ottawa, 2001.
68. R. G. Smart et G. W. Walsh, « Predictors of Depression in Street Youth », *Adolescence*, vol. 28, n° 109 (1993), p. 41-53.
69. S. T. Ennett, S. L. Bailey et E. B. Federman, « Social Network Characteristics Associated with Risky Behaviors Among Runaway and Homeless Youth », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 40, n° 1 (1999), p. 63-78.
70. A. Nyamathi, B. Leake, C. Keenan et L. Gelberg, « Type of Social Support among Homeless Women: Its Impact on Psychosocial Resources, Health and Health Behaviors, and Use of Health Services », *Nursing Research*, vol. 49, n° 6 (2000), p. 318-326.
71. R. G. Smart et A. C. Ogborne, « Street Youth in Substance Abuse Treatment: Characteristics and Treatment Compliance », *Adolescence*, vol. 29, n° 115 (1994), p. 733-745.
72. M. H. Miner, « The Self-Concept of Homeless Adolescents », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 20, n° 5 (1991), p. 545-560.
73. A. M. Nyamathi, J. A. Stein et L. J. Bayley, « Predictors of Mental Distress and Poor Physical Health among Homeless Women », *Psychology & Health*, vol. 15, n° 4 (2000), p. 483-500.
74. J. B. Unger, M. D. Kipke, T. R. Simon, S. B. Montgomery et C. J. Johnson, « Homeless Youths and Young Adults in Los Angeles: Prevalence of Mental Health Problems and the Relationship between Mental Health and Substance Abuse Disorders », *American Journal of Community Psychology*, vol. 25, n° 3 (1997), p. 371-394.
75. S. A. Kidd, « 'The Walls Were Closing in, and We Were Trapped'—A Qualitative Analysis of Street Youth Suicide », *Youth & Society*, vol. 36, n° 1 (2004), p. 30-55.
76. The McCreary Centre Society, *Against the Odds: A Profile of Marginalized and Street-Involved Youth in BC*, Vancouver, The McCreary Centre Society, 2007.
77. K. N. Cameron, Y. Racine, D. R. Offord et J. Cairney, « Youth at Risk of Homelessness in an Affluent Toronto Suburb », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, n° 5 (2004), p. 352-356.
78. I. S. Levine, « Homelessness: Its Implications for Mental Health Policy and Practice », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 8, n° 1 (1984), p. 6-16.
79. J. D'Amore, O. Hung, W. Chiang et L. Goldfrank, « The Epidemiology of the Homeless Population and Its Impact on an Urban Emergency Department », *Academic Emergency Medicine*, vol. 8, n° 11 (2001), p. 1051-1055.

80. S. Acorn, « Mental and Physical Health of Homeless Persons Who Use Emergency Shelters in Vancouver », *Hospital & Community Psychiatry*, vol. 44, n° 9 (1993), p. 854-857.
81. B. Rothschild, « Overview of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): The Impact of Trauma on Body and Mind », *The Body Remembers: The Psychology of Trauma and Trauma Treatment*, New York (New York), W.W. Norton & Company, 2000, p. 3-14.
82. K. D. Johnson, L. B. Whitbeck et D. R. Hoyt, « Substance Abuse Disorders among Homeless and Runaway Adolescents », *The Journal of Drug Issues*, vol. 35 (2005), p. 799-816.
83. S. W. Baron, « Street Youths and Substance Use: The Role of Background, Street Lifestyle, and Economic Factors », *Youth & Society*, vol. 31 (1999), p. 3-26.
84. E. Roy, N. Haley, P. Leclerc, L. Cedras, L. Blais et J.-F. Boivin, « Drug Injection Among Street Youths in Montreal: Predictors of Initiation », *Journal of Urban Health*, vol. 80, n° 1 (2003), p. 92-105.
85. Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Information About Concurrent Disorders* (en ligne), 2006. Consulté le 23 avril 2007. Internet : <http://www.camh.net/About_Addiction_Mental_Health/Concurrent_Disorders/concurrent>.
86. R. E. Drake, F. C. Osher et M. A. Wallach, « Homelessness and Dual Diagnosis », *American Psychologist*, vol. 46, n° 11 (1991), p. 1149-1158, dans P. J. Fisher, « Alcohol and Drug Abuse and Mental Health Problems Among Homeless Persons: A Review of the Literature, 1980-1990 », Rockville, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and National Institute of Mental Health.
87. P. Rohde, J. Noell, L. Ochs et J. R. Seeley, « Depression, Suicidal Ideation and STD-Related Risk in Homeless Older Adolescents », *Journal of Adolescence*, vol. 24, n° 4 (2001), p. 447-460.
88. Canadian Mental Health Association Calgary Region, *Mental Health Info: Quick Facts, Homelessness* (en ligne), 2007. Consulté le 5 mars 2007. Internet : <www.cmha.calgary.ab.ca/mentalhealth>.
89. Edmonton Joint Planning Committee on Housing, *2003 Edmonton Homelessness Study, Edmonton*, Edmonton Joint Planning Committee on Housing, 2004.
90. S. J. Farrell et T. Aubry, *Describing the Homeless Population of Ottawa-Carleton*, Ottawa, Université d'Ottawa, Centre de recherche sur les services communautaires, Faculté des sciences sociales, 1999.
91. H. Thomas, D. Semogas et J. Gordon, *Health and Homelessness: Health Needs Assessment and Recommendations for Improving the Health of Those Experiencing Homelessness in Hamilton*, Hamilton, School of Nursing, Université McMaster, 2004.
92. City of London, *Mental Health Issues in London*, London (Ontario), City of London, 2003.
93. C. L. Caton, « Mental Health Service Use among Homeless and Never-Homeless Men with Schizophrenia », *Psychiatric Services*, vol. 46, n° 11 (1995), p. 1139-1143.
94. M. R. Solorio, N. G. Milburn, R. M. Andersen, S. Trifskin et M. A. Rodriguez, « Emotional Distress and Mental Health Service Use among Urban Homeless Adolescents », *Journal of Behavioral Health Services and Research*, vol. 33, n° 4 (2006), p. 381-393.

95. M. B. Kushel, E. Vittinghoff et J. S. Haas, « Factors Associated with the Health Care Utilization of Homeless Persons », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, n° 2 (2001), p. 200-206.
96. M. B. Kushel, S. Perry, D. Bangsberg, R. Clark et A. R. Moss, « Emergency Department Use among the Homeless and Marginally Housed: Results from a Community-Based Study », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 5 (2002), p. 778-784.
97. D. K. Padgett, E. L. Struening, H. Andrews et J. Pittman, « Predictors of Emergency Room Use by Homeless Adults in New York City: The Influence of Predisposing, Enabling and Need Factors », *Social Science & Medicine*, vol. 41, n° 4 (1995), p. 547-556.
98. G. Nelson, « Mental Health Policy in Canada », *Canadian Social Policy: Issues and Perspectives*, révisé par A. Westhues, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, 2006, p. 245-260.
99. P. Sealy et P. C. Whitehead, « Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatric Services in Canada: An Empirical Assessment », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, n° 4 (2004), p. 249-257.
100. N. J. Herman et C. M. Smith, « Mental Hospital Depopulation in Canada: Patient Perspectives », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 34, n° 5 (1989), p. 386-391.
101. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Building on Values—the Future of Health Care in Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2002.
102. Santé et Bien-être social Canada, *Mental Health for Canadians: Striking a Balance*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1988.
103. Initiative nationale pour les sans-abri, *Initiative nationale pour les sans-abri* (en ligne), 1999. Consulté le 19 mars 2007 en anglais. Internet : <http://www.homelessness.gc.ca/home/index_f.asp>.
104. Initiative nationale pour les sans-abri, *Rapport national sur les investissements : Phase I — de 1999 à 2004*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2004.
105. Développement des ressources humaines Canada, *Évaluation De L'initiative Nationale Pour Les Sans-Abri : Mise En Oeuvre Et Résultats Immédiats Des Composantes Relevant De DRHC*, Ottawa, DRHC, 2003.
106. Ressources humaines et Développement social Canada, *Canada's New Government Announces \$791,600 for Dartmouth's Building for Independence*, communiqué, Ottawa, RHDSC.
107. Ressources humaines et Développement social Canada, *Canada's New Government Commits \$526 Million to Combat Homelessness and Extend Funding for Renovation Programs*, communiqué, Ottawa, RHDSC.
108. D. K. Padgett, L. Gulcur et S. Tsemberis, « Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse », *Research on Social Work Practice*, vol. 16, n° 1 (2006), p. 74-83.
109. Santé Canada, *Canada Health Act* (en ligne), 2002. Consulté le 15 mai 2007. Internet : <http://hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2002/2002_care-soinsbk4_e.html>.

110. British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, *B.C.'S Mental Health Reform: Housing—Best Practices*, Vancouver, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 2002.
111. Alberta Mental Health Board, *Advancing the Mental Health Agenda: A Provincial Mental Health Plan for Alberta*, Edmonton, Alberta Mental Health Board, 2004.
112. Programmes de santé mentale — Santé Manitoba, *Guide to the Mental Health System in Manitoba* (en ligne), s.d. Consulté le 25 avril 2007. Internet : <<http://www.gov.mb.ca/health/mh/system.html>>.
113. G. Nelson, J. Sylvestre, T. Aubry, L. George et J. Trainor, « Housing Choice and Control, Housing Quality, and Control over Professional Support as Contributors to the Subjective Quality of Life and Community Adaptation of People with Severe Mental Illness », *Administration and Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, vol. 34, n° 2 (2007), p. 89-100.
114. Santé et Services sociaux Québec, *Plan d'action en santé mentale : La force des liens 2005-2010*, Québec, Santé et Services sociaux Québec, 2005.
115. Government of Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services, *Valuing Mental Health: A Framework to Support the Development of a Provincial Mental Health Policy for Newfoundland and Labrador*, St. John's, Department of Health and Community Services, 2001.
116. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain*, Ottawa, ICIS, 2006.
117. J. Cairney, « Housing Tenure and Psychological Well-Being During Adolescence », *Environment and Behavior*, vol. 37, n° 4 (2005), p. 552-564.
118. Y.-L. I. Wong et I. Piliavin, « Stressors, Resources, and Distress among Homeless Persons: A Longitudinal Analysis », *Social Science & Medicine*, vol. 52 (2001), p. 1029-1042.
119. M. Borg, D. Sells, A. Topor, R. Mezzina, I. Marin et L. Davidson, « What Makes a House a Home: The Role of Material Resources in Recovery from Severe Mental Illness », *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 8 (2005), p. 243-256.
120. Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Types of Housing: Supportive/Supported Housing* (en ligne), 2005. Consulté le 30 avril 2007. Internet : <http://www.camh.net/Care_Treatment/Community_and_social_supports/Housing/Types_of_Housing/csru_supportive_ed_housing.html>.
121. S. Pomeroy, *The Cost of Homelessness: Analysis of Alternate Responses in Four Canadian Cities*, Ottawa, Focus Consulting, 2005.
122. British Columbia Ministry of Social Development and Economic Security, *Homelessness—Causes & Effects: The Cost of Homelessness in British Columbia*, Vancouver, BC Ministry of Social Development and Economic Security, 2001.
123. S. Tsemberis, L. Gulcur et M. Nakae, « Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 4 (2004), p. 651-656.

124. S. Tsemberis et R. F. Eisenberg, « Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities », *Psychiatric Services*, vol. 51, n° 4 (2000), p. 487-493.
125. S. J. Tsemberis, L. Moran, M. Shinn, S. M. Asmussen et D. L. Shern, « Consumer Preference Programs for Individuals Who Are Homeless and Have Psychiatric Disabilities: A Drop-in Center and a Supported Housing Program », *American Journal of Community Psychology*, vol. 32, n° 3-4 (2003), p. 305-317.
126. L. Gulcur, A. Stefancic, M. Shinn, S. Tsemberis et S. N. Fischer, « Housing, Hospitalization and Cost Outcomes for Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities Participating in Continuum of Care and Housing First Programmes », *Journal of Community & Applied Social Psychology. Special Issue: Homelessness: Integrating International Perspectives*, vol. 13, n° 2 (2003), p. 171-186.
127. D. Culhane, S. Metraux et T. Hadley, « Public Service Reductions Associated with Placement of Homeless Persons with Severe Mental Illness in Supportive Housing », *Housing Policy Debate*, vol. 13, n° 1 (2002), p. 107-163.
128. The Lewin Group, *Costs of Serving Homeless Individuals in Nine Cities* (en ligne), 2004, p. 1-10. Consulté le 27 avril 2007. Internet : <http://documents.csh.org/documents/ke/csh_lewin2004.PDF>.
129. T. Proscio, *Supportive Housing and Its Impact on the Public Health Crisis of Homelessness*, New York, Corporation for Supportive Housing, 2000.
130. School of Planning—Dalhousie University, *The Cost of Homelessness: The Value of Investment in Housing Support Services in Halifax* (en ligne), Halifax, Université Dalhousie, 2006. Consulté le 18 avril 2007. Internet : <<http://www.halifax.ca/qol/documents/homelessnessnov.doc>>.
131. M. Johnsen, L. Samberg, R. Calsyn, M. Blasinsky, W. Landow et H. Goldman, « Case Management Models for Persons Who Are Homeless and Mentally Ill: The Access Demonstration Project », *Community Mental Health Journal*, vol. 35, n° 4 (1999), p. 325-346.
132. B. Dickey, « Review of Programs for Persons Who Are Homeless and Mentally Ill », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 8, n° 5 (2000), p. 242-250.
133. S. J. Farrell, J. Huff, S. A. MacDonald, A. Middlebro et S. Walsh, « Taking It to the Street: A Psychiatric Outreach Service in Canada », *Community Mental Health Journal*, vol. 41, n° 6 (2005), p. 737-746.
134. Canadian Mental Health Association—Calgary Region, *Our Programs: Independent Living Support* (en ligne), 2007. Consulté le 11 avril 2007. Internet : <http://www.cmha.calgary.ab.ca/programs/independent_living_support.aspx>.
135. Wabano Centre for Aboriginal Health, *Getcha-nishing Mashkiki Mobile Health Outreach Project Evaluation Report 2005-2006*, Ottawa, Wabano Centre for Aboriginal Health, 2006.
136. Centre de toxicomanie et de santé mentale, *More Intensive and Specialized Support* (en ligne), 2007. Consulté le 27 avril 2007. Internet : <http://www.camh.net/Care_Treatment/Resources_clients_families_friends/Challenges_and_Choices/challenges_choices_intspecsuppor.html>.

137. A. F. Lehman, L. B. Dixon, E. Kernan, B. R. DeForge et L. T. Postrado, « A Randomized Trial of Assertive Community Treatment for Homeless Persons with Severe Mental Illness », *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, n° 11 (1997), p. 1038-1043.
138. Community Mental Health Evaluation Initiative, « Community Mental Health Evaluation Initiative », *Helping Homeless People with Mental Illness*, 2003, vol. 7, p. 1-3.
139. Ontario Community Mental Health Evaluation Initiative, *Making a Difference: Ontario's Community Mental Health Evaluation Initiative* (en ligne), Toronto, Ontario Community Mental Health Evaluation Initiative, 2007. Consulté en mai 2007. Internet : <http://www.ontario.cmha.ca/cmhei/images/report/Making_a_Difference.pdf>.
140. T. Aubry, B. Cousins et R. Flynn, « The Community Mental Health Evaluation Initiative in Ottawa », Université d'Ottawa, Centre de recherche sur les services communautaires, 2006, p. 1-2.
141. F. Randolph, M. Blasinsky, W. Leginski, L. B. Parker et H. H. Goldman, « Creating Integrated Service Systems for Homeless Persons with Mental Illness: The Access Program », *Psychiatric Services*, vol. 48, n° 3 (1997), p. 369-373.
142. R. A. Rosenheck, J. Lam, J. P. Morrissey, M. O. Calloway, M. Stolar et F. Randolph, « Service Systems Integration and Outcomes for Mentally Ill Homeless Persons in the Access Program. Access to Community Care and Effective Services and Supports », *Psychiatric Services*, vol. 53, n° 8 (2002), p. 958-966.
143. Initiative nationale pour les sans-abri du gouvernement fédéral, *Project Case Study: Triage Centre, Vancouver BC* (en ligne), 2002. Consulté le 8 mars 2007. Internet : <http://www.sans-abri.gc.ca/projects/casestudies/docs/vancouver/triage_e.pdf>.
144. *Supporting Community Partnerships Initiative: Triage Outreach Program Evaluation Report* (en ligne), 2001. Consulté le 8 mars 2007. Internet : <<http://www.ihpr.ubc.ca/media/Triage2001.pdf>>.
145. Agence de santé publique du Canada, *Canadian Health Network* (en ligne), 2007. Consulté le 15 mai 2007. Internet : <<http://www.canadian-health-network.ca>>.
146. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, ICIS, 2004.
147. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*, Ottawa, ICIS, 2005.
148. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé*, Ottawa, ICIS, 2006.

À vous la parole!

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires et suggestions sur le rapport intitulé *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance* et de toute idée qui nous aiderait à améliorer les prochains rapports et à les rendre plus utiles et plus instructifs. Veuillez envoyer vos idées par courrier électronique à ispc@icis.ca, ou remplir le questionnaire ci-dessous et nous l'envoyer par la poste ou par télécopieur :

Série *Améliorer la santé des Canadiens*
Rétroaction sur le rapport *Santé mentale et itinérance*
Initiative sur la santé de la population canadienne
Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Télécopieur : 613-241-8120

Instructions

Pour chacune des questions, inscrivez un « X » vis-à-vis la réponse la plus appropriée. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons seulement connaître votre opinion. Notre objectif consiste à améliorer les rapports à venir. Toutes les réponses demeureront confidentielles.

Satisfaction générale à l'égard du rapport

1. Comment vous êtes-vous procuré un exemplaire du rapport *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*?

- Par la poste Par un collègue Sur Internet
 J'ai commandé mon propre exemplaire Autre (préciser) _____

2. Dans quelle mesure avez-vous lu le rapport?

- J'ai lu tout le rapport J'ai lu certains chapitres et l'ai parcouru en entier
 J'ai parcouru tout le rapport

3. Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?

- | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Clarté | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Organisation/format | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Utilisation des figures | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Qualité de l'analyse | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Niveau de détail présenté | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Longueur du rapport | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |

Utilité du rapport

4. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous avez trouvé utile la lecture du rapport en inscrivant un « X » vis-à-vis la catégorie la plus appropriée :

- Très utile Un peu utile Pas utile

5. Comment prévoyez-vous utiliser l'information contenue dans le rapport?

6. Qu'est-ce qui vous a semblé le plus utile dans le rapport?

7. Que feriez-vous pour améliorer le rapport? Avez-vous des suggestions pour les rapports à venir?

Renseignements sur le lecteur

8. Où habitez-vous?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terre-Neuve-et-Labrador | <input type="checkbox"/> Saskatchewan |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse | <input type="checkbox"/> Alberta |
| <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick | <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique |
| <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Yukon |
| <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Nunavut |
| <input type="checkbox"/> Manitoba | <input type="checkbox"/> Étranger (veuillez préciser le pays) _____ |

9. Quel est votre poste ou votre rôle principal?

- Gestionnaire ou administrateur du secteur de la santé
- Chercheur
- Analyste de politiques
- Membre d'un conseil d'administration
- Représentant élu
- Dispensateur de soins
- Étudiant/jeune
- Éducateur
- Dispensateur de soins de santé mentale
- Autre (veuillez préciser) _____

Merci d'avoir rempli le questionnaire.



Cette publication s'inscrit dans le mandat de l'ISPC qui vise à mieux comprendre l'état de santé de la population canadienne. En conformité avec les connaissances acquises à ce jour, cette publication reflète le fait que la santé des Canadiens est déterminée par un ensemble de facteurs sociaux et dynamiques. L'ISPC est résolue à approfondir notre compréhension de ces facteurs.