



# Transition de l'hébergement vers un logement autonome pour les adultes ayant un trouble grave de santé mentale

Rapport d'évaluation des  
technologies et des modes  
d'intervention (ETMI)

---

Décembre 2018

Centre intégré universitaire  
de santé et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale

Dépôt légal : 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-83014-6 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-83015-3 (PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2018

# Transition de l'hébergement vers un logement autonome pour les adultes ayant un trouble grave de santé mentale

## Rapport d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI)

---

**Sylvie St-Jacques**, Ph. D., responsable scientifique  
**Julie Cummings**, M. A., professionnelle en ETMISS  
**Isabelle Daudelin**, M. Sc., professionnelle en ETMISS

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISS) et de la bibliothèque

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Décembre 2018

**Demandeur**

Rodrigue Côté, directeur adjoint des programmes Santé mentale et Dépendances – volet Maintien dans la communauté, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Gestionnaires**

Julie Villeneuve, directrice adjointe de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Catherine Safiany, chef de service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Collaborateurs**

Normand Boucher, chercheur d'établissement, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CIRRISS

Julie Dussault, Ph. D., professionnelle en ETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Karen Giguère, professionnelle en ETMI, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Recherche documentaire**

Marie-Marthe Gagnon, bibliothécaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Élyse Granger, bibliothécaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Conseil scientifique**

Eve-Lyne Bussièrès, Ph. D., professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Paul Morin, Ph. D., directeur de l'École de travail social, Université de Sherbrooke

**Comité de suivi**

Mario Bousquet, coordonnateur du programme *Clés en main*

Caroline Cantin, ergothérapeute, programmes Santé mentale et Dépendances – volet Ressources non institutionnelles (RNI), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Rodrigue Côté, directeur adjoint, programmes Santé mentale et Dépendances – volet Maintien dans la communauté, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Julie Cummings, professionnelle en ETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Isabelle Deaudelin, professionnelle en ETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Anne-Pier Gagné, psychoéducatrice, programmes Santé mentale et Dépendances – volet Ressources non institutionnelles (RNI), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Audrey Perreault, infirmière assistance au supérieur immédiat (ASI), programmes Santé mentale et Dépendances – volet Ressources non institutionnelles (RNI)

Steven Richard, usager partenaire

Laurent-David Robichaud, usager partenaire

Josée Roy, chargée de projet, Direction des programmes Santé mentale et Dépendances, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Sylvie St-Jacques, responsable scientifique de l'UETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mariane Trépanier, éducatrice, programmes Santé mentale et Dépendances – volet Ressources non institutionnelles (RNI), CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Mise en page**

Diane Tremblay, adjointe administrative, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Révision linguistique**

Anne-Marie Tourville, technicienne en administration, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Correspondance**

Catherine Safianyuk, chef de service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Responsabilité**

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CIUSSS de la Capitale-Nationale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et les membres de l'unité d'ETMISSS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

**Pour citer ce document** : St-Jacques, S., Cummings, J. et Daudelin, I. (2018). *Transition de l'hébergement vers un logement autonome pour les adultes ayant un trouble de santé mentale grave*. Rapport d'ETMI abrégée, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 62 p.

# Transition de l'hébergement vers un logement autonome pour les adultes ayant un trouble grave de santé mentale

**Sylvie St-Jacques, Julie Cummings et Isabelle Deaudelin**

Selon le Plan d'action en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2015), le mandat des CISSS et CIUSSS en matière de logement est d'offrir à la population une gamme de ressources résidentielles répondant aux besoins, aux capacités, aux préférences et aux aspirations des personnes utilisatrices de services. Favorisant dans la mesure du possible la formule du logement autonome accompagné d'un soutien approprié dans la communauté, le MSSS invite les établissements à revoir l'organisation de leur offre résidentielle en s'assurant d'une utilisation judicieuse des ressources.

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendances du CIUSSS de la Capitale-Nationale souhaite se doter d'un plan directeur pouvant guider le développement d'un parc d'hébergement en santé mentale qui tienne compte des besoins des usagers et qui favorise leur rétablissement.

C'est dans ce contexte l'UETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale a reçu le mandat d'identifier les **conditions favorisant la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale grave (TGSM) et vivant actuellement en ressource intermédiaire (RI) ou de type familial (RTF) vers un logement autonome, tout en assurant un accès à des soins et des services d'intensité appropriés à leur condition.**

## RECOMMANDATIONS

Suite à l'analyse des données issues de la littérature, les **conditions favorisant la transition** des adultes ayant un TGSM vers un logement autonome seraient :

- D'apporter du soutien social à l'usager;
- De faire participer l'usager à un programme de soutien au logement;
- De faire connaître à l'usager, préalablement à la transition, le milieu dans lequel il habitera;
- De désamorcer les craintes de stigmatisation et l'appréhension des usagers par rapport à la vie autonome;
- De favoriser l'apprentissage des tâches nécessaires à la vie autonome;
- D'offrir à l'usager l'accompagnement d'un intervenant dans la recherche de logement et dans le développement de relations dans son nouveau milieu;
- De préciser le rôle du locateur et de favoriser sa collaboration avec les autres acteurs impliqués dans la transition de l'usager.

## Résumé

---

### Objectifs

Plusieurs constats entourant l'accès aux milieux de vie pour les adultes souffrant de troubles graves de santé mentale amènent à se questionner sur les pratiques et les leviers à mettre en place pour favoriser la transition des usagers dont l'état est stable d'un milieu d'hébergement vers un logement autonome. Le but de cette évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) est de déterminer les conditions favorisant cette transition selon les facilitateurs et les obstacles identifiés dans la littérature. Lorsque documentée, l'utilisation des soins et des services en logement autonome a été rapportée.

### Méthodologie

Une revue de la littérature utilisant une approche systématique couvrant la période de janvier 2010 à juin 2017 a été réalisée. Une stratégie de recherche documentaire utilisant les concepts « trouble grave de santé mentale », « logement » et « transition » a été utilisée pour interroger les bases de données bibliographiques *PubMed*, *CINAHL* et *PsychINFO*. Des mots-clés correspondant aux mêmes concepts ont été employés pour la recherche de littérature grise sur Internet. Les documents pertinents ont été sélectionnés à partir de critères préalablement établis. La qualité méthodologique des études a été évaluée avec l'outil *Qualsys*. Les données pertinentes ont été colligées dans une grille d'extraction structurée, synthétisées puis analysées selon le niveau de preuve scientifique.

### Résultats

La revue de la littérature a permis l'identification de 14 études documentant des conditions facilitant ou entravant la transition d'un milieu d'hébergement vers un logement autonome pour des adultes ayant un trouble grave de santé mentale. Dix de ces études ont été réalisées dans le cadre de douze différents programmes de soutien. Des facilitateurs et des obstacles à la transition pour l'utilisateur, pour l'intervenant et pour le locateur ont été trouvés. L'analyse de ces résultats a conduit à l'identification de conditions favorables à la transition : 1) apporter du soutien social à l'utilisateur, 2) le faire participer à un programme de soutien au logement, 3) lui faire connaître son nouveau milieu de vie avant la transition, 4) désamorcer ses craintes de stigmatisation et ses appréhensions par rapport à la vie autonome, 5) favoriser l'apprentissage des tâches nécessaires à la vie autonome, 6) offrir l'accompagnement d'un intervenant dans la recherche de logement, 7) préciser le rôle du locateur et favoriser sa collaboration avec les autres acteurs impliqués dans la transition et 8) démystifier la condition de l'utilisateur auprès du locateur.

### Conclusion

La connaissance et l'application de conditions favorables auprès de l'utilisateur, de l'intervenant et du locateur devraient faciliter la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale d'un milieu d'hébergement vers un logement autonome.

## Abstract

---

### **Objectives**

*Several findings surrounding access to living environments for adults with severe mental health issues lead to some questioning about the practices and the levers to be put in place to promote the transition of users whose condition is stable enough towards an independent housing. The purpose of this health and technology assessment is to identify the elements that promote this transition while ensuring users have access to care and services at a level appropriate to their condition. To this effect, factors facilitating the transition process and barriers were searched.*

### **Methodology**

*A review of the literature using a systematic approach was realised for studies published between January 2010 and June 2017. A search strategy using the concepts “severe mental health disorder,” “housing,” and “transition” was used to query PubMed, CINHAL and PsychINFO bibliographic databases. A search of the gray literature on the Internet using key words related to the same concepts was performed. Relevant documents were selected based on previously established criteria. The methodological quality of the selected studies was evaluated with Quallsyst. A structured extraction grid was used to collect pertinent data which were then synthesized and analyzed based on level of evidence.*

### **Findings**

*The review of the literature allowed the identification of 14 studies documenting factors facilitating or hindering the transition of adults having a severe mental health condition toward an independent housing. Thirteen different programs and support models were identified in ten of the selected studies. Facilitators and barriers to transition for users, healthcare providers and landlords have been found. Analysis of these results led to the identification of practices favorable to the transition: 1) to bring a social support to the user, 2) to make him participate in a housing support program, 3) to show him its new environment before the transition, 4) to defuse its fears of stigmatization and its apprehensions in the face of the autonomous life, 5) to favor the apprenticeship of the tasks necessary for the autonomous life, 6) to offer the accompaniment of a healthcare provider in the search for housing, 7) to specify the role of the landlord and favor its collaboration with the other actors involved in the transition and 8) to demystify the user health condition with the landlord.*

### **Conclusion**

*Knowledge and application of favorable practices with the user, with the healthcare provider and with the landlord should facilitate the transition of adults with a severe mental health problems of a supportive housing to independent housing.*



## Liste des acronymes

---

ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
AVQ/AVD	Activités de la vie quotidienne/ activités de la vie domestique
CCCP	<i>Community Continuum of Care</i>
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
HASP	<i>Housing And Support Program</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OAT	<i>Out of Area Treatment</i>
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
PERM	<i>Permanent Housing Program</i>
RI	Ressources intermédiaires
RNI	Ressources non institutionnelles
RTF	Ressources de type familial
SBL	Sans but lucratif
TGSM	Trouble grave de santé mentale
TRANS	<i>Transitional Housing Program</i>
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux

## Glossaire

---

### **Autonomie**

Capacité et droit d'un individu à choisir lui-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'il est prêt à courir (Perron et Roy, 2007).

### **Hébergement**

Milieu de vie offrant une supervision sur une base régulière avec ou sans intervention thérapeutique (Vincent et Morin, 2010).

### **Locataire**

Personne qui loue un logement à un locateur, généralement le propriétaire de l'immeuble où se situe le logement (Régie du logement, Québec).

### **Locateur**

Personne qui loue un logement à un locataire. Selon le Code civil du Québec, le terme « locateur » désigne généralement le propriétaire d'un immeuble où se situe le logement (Régie du logement, Québec).

### **Logement autonome**

Milieu de vie indépendant non supervisé et sans soutien thérapeutique et dont le bail est sous la responsabilité de l'individu, considéré dans ce document comme la traduction du terme anglais *Housing* (Vincent et Morin, 2010).

### **Ressource intermédiaire (RI)**

Toute résidence rattachée à un établissement public qui offre du soutien ou de l'assistance à un individu en fonction de ses besoins (MSSS, 2002).

### **Soutien au logement**

Soutien modulé aux besoins et aux désirs des personnes qui n'est pas rattaché à un bâtiment ou à un logis (Felx, 2015).

### **Transition**

Passage ou mouvement d'un état, d'une condition ou d'un lieu à un autre. [...] la transition, en tant que passage d'une phase de vie, d'une condition ou d'un statut à un autre, est un concept multiple englobant les éléments de processus, de durée et de perception (Meleis, 2010).

### **Trouble grave de santé mentale (TGSM)**

Trouble de santé mentale associé à des incapacités significatives et persistantes (suivies, prolongées ou durables) créant des obstacles dans l'accomplissement des activités de l'individu, en particulier dans le cadre des relations interpersonnelles et du travail (MSSS, 2015).

## Table des matières

---

Sommaire .....	vi
Résumé .....	vii
Abstract .....	viii
Liste des acronymes .....	ix
Glossaire .....	x
Table des matières .....	xi
1. Problématique.....	1
2. Projet d'ETMI .....	2
2.1. Question décisionnelle.....	2
2.2. Questions d'évaluation .....	2
2.3. Méthodologie.....	3
2.3.1. Recherche documentaire.....	3
2.3.2. Sélection des documents.....	3
2.3.3. Évaluation de la qualité des documents et extraction des données .....	5
2.3.4. Synthèse et analyse des données .....	5
2.3.5. Évaluation du niveau de preuve.....	5
2.4. Cadre d'analyse.....	5
3. Résultats.....	8
3.1. Sélection et caractéristiques des études retenues .....	8
3.2. Programmes et modèles de soutien utilisés dans les études retenues .....	9
3.3. Question d'évaluation1 : Quels sont les facteurs favorisant la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale vers un logement autonome?.....	10
3.4. Question d'évaluation 2: Quels sont les obstacles à la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale vers un logement autonome? .....	12
3.5. Question d'évaluation 3 : Dans les études retenues, quels sont les soins et services offerts et utilisés par les adultes ayant un trouble grave de santé mentale qui vivent en logement autonome? .....	14
3.6. Question d'évaluation 4 : Dans les études retenues, quels sont les impacts de la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale vers un logement autonome ?.....	15
3.7. Question d'évaluation 5 : Dans les études retenues, quelle est la durée de séjour en hébergement des adultes ayant un trouble grave de santé mentale ? .....	15
4. Synthèse et analyse des résultats.....	16
4.1. Synthèse des résultats .....	16
4.1.1. Conditions favorables à la transition.....	17
4.1.2. Conditions défavorables à la transition.....	17
4.1.3 Impacts de la transition des usagers vers un logement autonome .....	17

4.2. Analyse des résultats.....	18
4.2.1. Facilitateurs de la transition .....	19
4.2.2. Obstacles à la transition .....	19
5. Conclusion .....	21
Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire .....	22
Annexe 2. Critères d'évaluation du niveau de preuve .....	28
Annexe 3. Extraction des données.....	29
Annexe 4. Conditions favorables à la transition en logement autonome .....	41
Annexe 5. Conditions défavorables à la transition en logement autonome.....	43
Annexe 6. Impacts de la transition en logement autonome .....	45
Références .....	47

## Liste des figures

---

Figure 1. Cadre d'analyse basé sur la théorie de la transition en soins infirmiers.....	6
Figure 2. Schéma de sélection des documents .....	8
Figure 3. Facilitateurs, obstacles et impacts de la transition de milieu d'hébergement vers un logement autonome pour les adultes ayant un trouble grave de santé mentale.....	16

## Liste des tableaux

---

Tableau 1. Définition des critères picots.....	2
Tableau 2. Critères de sélection des documents.....	4
Tableau 3. Programmes de soutien .....	9
Tableau 4. Facilitateurs à la transition vers un logement autonome.....	11
Tableau 5. Obstacles à la transition vers un logement autonome.....	12
Tableau 6. Services utilisés par les usagers vivant en logement autonome .....	14
Tableau 7. Impacts de la transition en logement autonome .....	15
Tableau 8. Durée de séjour en hébergement.....	15
Tableau 9. Évaluation du niveau de preuve scientifique pour chacun des facilitateurs identifiés .....	18
Tableau 10. Évaluation du niveau de preuve scientifique pour les obstacles identifiés.....	20

## 1. Problématique

---

Plusieurs formules résidentielles sont offertes aux personnes présentant un trouble grave de santé mentale (TGSM), allant de l'hébergement, avec différents niveaux d'encadrement, au logement autonome. Au Québec, les modèles d'hébergement incluent les milieux hospitaliers, les centres d'hébergement en soins de longue durée (CHSLD) et les ressources non institutionnelles (RNI) qui sont composées de ressources intermédiaires (RI), de ressources de type familial (RTF) ainsi que d'appartements supervisés. Tous ces modèles impliquent une supervision régulière des usagers, avec ou sans intervention thérapeutique (Vincent et Morin, 2010).

Si les ressources résidentielles en santé mentale au Québec ont connu un essor considérable dès les premières phases de la désinstitutionnalisation entamée dans les années 60, il existe actuellement une décroissance notable des places offertes dans le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, " depuis une dizaine d'années, Le nombre de lits en psychiatrie et le nombre de places en RI-RTF n'ont cessé de décroître pour céder le pas au logement autonome (Côté, 2016).

Le mouvement amorcé vers une approche de logement autonome, jumelé à des services dans la communauté, représente une transformation majeure des politiques et des pratiques en santé mentale (Nelson et Laurier, 2010). Les relations entre les utilisateurs et les prestataires de services s'en trouvent fondamentalement modifiées du fait que les services de santé et les services sociaux ne sont plus rattachés à un type d'hébergement, mais à un individu. Le soutien et les services sont adaptés aux besoins de la personne et sont reçus sur une base volontaire (Felix, 2015).

La répartition actuelle des usagers au sein des ressources existantes ne semble pas toujours adaptée à leurs besoins. Les transitions entre les différents types d'hébergement manquent de fluidité. Plusieurs usagers vivant en maison de chambres présentent des troubles de comportement importants qui nécessiteraient les services d'une RI, alors que d'autres usagers vivant en RI-RTF présentent un état mental suffisamment stable pour vivre dans un milieu moins encadré. Bien que l'option de vivre en logement autonome présente des avantages tant sur le plan des résultats cliniques que pour ce qui est des coûts pour le système de santé, des personnes ayant un TGSM qui pourraient vivre en logement autonome continuent à occuper des lits dans des ressources d'hébergement (Vincent et Morin, 2010).

En présence de ces constats, il est nécessaire de repenser la configuration du parc d'hébergement en santé mentale en identifiant de nouvelles avenues qui correspondraient aux besoins des usagers et favoriseraient leur transition vers un logement autonome, ce qui allègerait la pression sur les ressources du secteur public.

## 2. Projet d'ETMI

---

Une revue de la littérature utilisant une approche systématique a été réalisée afin d'identifier les conditions favorisant la transition des usagers ayant un trouble grave de santé mentale et dont l'état est stable de l'hébergement vers un logement autonome.

### 2.1. Question décisionnelle

La question décisionnelle est la suivante :

« Quelles sont les conditions favorisant la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale et vivant actuellement en RI ou en RTF vers un logement autonome, tout en leur assurant un accès à des soins et des services d'intensité appropriée à leur condition ? »

### 2.2. Questions d'évaluation

La question décisionnelle a été traduite en questions d'évaluation en utilisant la typologie PICOTS (**Tableau 1**). Cette typologie permet de circonscrire l'évaluation en fonction des besoins décisionnels du demandeur et aide à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire ainsi qu'à la définition des critères de sélection des études (Samson et Schoelles, 2012).

**Tableau 1. Définition des critères picots**

Critères	Définition
<b>P</b> (Population)	Adultes ayant un trouble grave de santé mentale stabilisé, avec ou sans comorbidités
<b>I</b> (Intervention)	Toute action, stratégie ou tout programme qui influence la transition vers un logement autonome
<b>C</b> (Comparateur)	Avant l'intervention Aucun comparateur
<b>O</b> ( <i>Outcomes</i> ou résultats d'intérêt)	Selon les participants dans les études retenues (usagers, famille ou proches, intervenants ou psychiatres, propriétaires de logement ou promoteurs immobiliers), quels sont : <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Facteurs ou programmes favorisant la transition vers un logement autonome (facilitateurs)</li><li>✓ Obstacles à la transition vers un logement autonome</li></ul> Lorsque documenté dans les études retenues, quels sont: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Soins et services disponibles et utilisés par l'utilisateur vivant en logement autonome</li><li>✓ Impacts sur les usagers de la transition vers un logement autonome</li><li>✓ Durée de séjour dans un hébergement supervisé avant la transition vers un logement autonome</li></ul>
<b>T</b> (Temporalité)	Avant, pendant ou après la transition vers un logement autonome
<b>S</b> ( <i>Setting</i> ou environnement/ contexte)	Hébergement dans la communauté Logement autonome dans la communauté

Deux questions d'évaluation ont été formulées :

- Question 1.** Quels sont les facteurs favorisant la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale vers un logement autonome ?
- Question 2.** Quels sont les obstacles à la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale vers un logement autonome ?

Lorsque que documenté dans les études retenues pour répondre aux questions1 et 2 :

- Question 3.** Quels sont les soins et services offerts aux adultes ayant un trouble grave de santé mentale qui vivent en logement autonome ? Est-ce que ces services répondent aux besoins ?
- Question 4.** Quels sont les impacts sur l'usager de la transition vers un logement autonome ?
- Question 5.** Quelle était la durée de séjour en hébergement de l'usager avant sa transition vers un logement autonome ?

## 2.3. Méthodologie

### 2.3.1. Recherche documentaire

Une stratégie de recherche documentaire basée sur les concepts « santé mentale » et « logement » combinés avec les thèmes « intervenants », « locateurs », « réhabilitation », « autonomie », « environnement social » et « accompagnement » a été développée par la bibliothécaire en collaboration avec l'équipe d'ETMISSS. Cette stratégie, détaillée dans l'annexe 1, a été utilisée pour interroger les bases de données bibliographiques *PubMed* (qui inclut *MEDLINE*), *CINAHL* et *PsychINFO*.

Des mots-clés correspondant aux mêmes concepts ont été employés pour la recherche de littérature grise. Les moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar* ainsi que l'outil développé par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS, 2014) qui recensent de nombreux sites Internet, dont des sites gouvernementaux de différents pays et des sites d'organisations savantes, ont été utilisés. Aussi, les bibliographies des études et des documents sélectionnés ont été consultées par la professionnelle en ETMISSS afin d'identifier des références pertinentes qui n'auraient pas été repérées par la stratégie de recherche documentaire.

### 2.3.2. Sélection des documents

Les documents pertinents ont été sélectionnés à partir des critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le **tableau 2**. La sélection a été réalisée en deux phases : la phase I, à la lecture des titres et des résumés et la phase II, à la lecture complète des documents retenus à la phase I. Après évaluation de l'accord interjuge, deux professionnelles se sont partagé le travail. En cas d'incertitude, la responsable scientifique de l'UETMISSS était consultée.

**Tableau 2. Critères de sélection des documents**

<b>Critères</b>	<b>Inclusion</b>	<b>Exclusion</b>
<b>P</b> (Population)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Adultes ayant un trouble grave de santé mentale avec ou sans comorbidité</li> <li>✓ Sans-abris avec un trouble grave de santé mentale (les résultats impliquant cette population seront différenciés)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lorsque la proportion d'adultes avec un trouble grave de santé mentale représente moins de 50 % de la population étudiée</li> </ul>
<b>I</b> (Intervention)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Toute action, stratégie ou tout programme qui influence la transition vers un logement autonome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Programme axé sur le rétablissement</li> <li>✓ Programme dont l'objectif est l'intégration dans la communauté</li> </ul>
<b>C</b> (Comparateur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avant l'intervention</li> <li>✓ Aucun</li> </ul>	
<b>O</b> (Outcomes)	<p>Selon les participants dans les études retenues (usagers, famille ou proches, intervenants ou psychiatres, propriétaires de logement ou promoteurs immobiliers) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Facteurs ou programmes favorisant la transition vers un logement autonome</li> <li>✓ Obstacles à la transition vers un logement autonome</li> </ul> <p><u>Si documenté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soins et services disponibles et utilisés par l'utilisateur vivant en logement autonome</li> <li>✓ Impacts sur l'utilisateur de la transition vers un logement autonome</li> <li>✓ Durée de séjour dans la ressource intermédiaire ou supervisée avant la transition vers un logement autonome</li> </ul> <p>Tout autre résultat d'intérêt</p>	
<b>T</b> (Temporalité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avant ou après la transition vers un logement autonome</li> </ul>	
<b>S</b> (Setting)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En hébergement ou en logement autonome dans la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En centre hospitalier</li> <li>✓ En centre d'hébergement et de soins de longue durée</li> </ul>
<b>Limites</b>		
<b>Types de documents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Études originales (tous les types de devis)</li> <li>✓ Revues systématiques ou utilisant une approche systématique</li> <li>✓ Rapports d'ETMISSS ou rapports d'évaluation</li> <li>✓ Guides de pratique</li> <li>✓ Documents gouvernementaux ou de sociétés savantes</li> <li>✓ Thèses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Éditoriaux ou commentaires</li> <li>✓ Résumés de conférences</li> <li>✓ Lettres d'opinion</li> <li>✓ Publicités</li> <li>✓ Articles de journaux ou de magazines</li> </ul>
<b>Période</b>	Publié du 1 <sup>er</sup> janvier 2010 au 21 juin 2017	
<b>Langue</b>	Français et anglais	
<b>Pays</b>	Membres de l'OCDE	



### **2.3.3. Évaluation de la qualité des documents et extraction des données**

L'outil *Qualsys* (Kmet, Lee et Cook, 2004) a été utilisé pour évaluer la qualité méthodologique des études primaires quantitatives, qualitatives et mixtes. Les données pertinentes pour répondre aux questions d'évaluation ont été extraites des documents inclus à l'aide d'une grille structurée incluant l'auteur, l'année de publication, le pays où l'étude a été réalisée, l'objectif de l'étude, le devis de recherche, les caractéristiques des participants, les mesures effectuées, les outils utilisés et les résultats. Lorsque pertinent, une description du programme, des stratégies ou des actions mises en place a été ajoutée à la grille. Les résultats provenant d'une même étude ont été regroupés. Dans le cas où les mêmes résultats font l'objet de plusieurs publications, la version la plus récente a été retenue.

### **2.3.4. Synthèse et analyse des données**

Les données extraites ont été classées selon les questions d'évaluation puis analysées en fonction d'un cadre d'analyse basé sur la théorie de la transition en soins infirmiers (section 3.4).

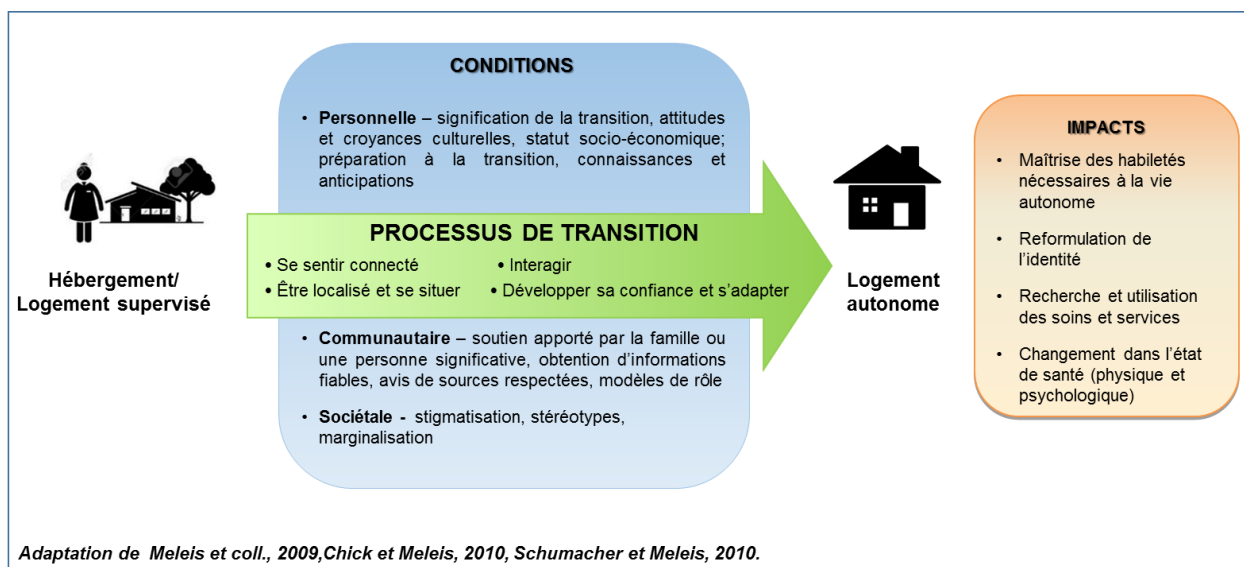
### **2.3.5. Évaluation du niveau de preuve**

Le niveau de preuve scientifique pour les facilitateurs et les obstacles à la transition des usagers d'un hébergement supervisé vers un logement autonome a été évalué à partir des critères présentés à l'annexe 2. Ces critères, inspirés du *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE, 2016)*, permettent de prendre en compte le nombre de documents, la cohérence des résultats, la robustesse des devis de recherche, le nombre de participants (en fonction du devis) de même que la qualité méthodologique ou la crédibilité des documents en ligne.

## **2.4. Cadre d'analyse**

Le cadre d'analyse présenté dans la **figure 1** est une adaptation de la théorie de la transition en soins infirmiers (*Transitions as a Nursing Theory*). Ce cadre est basé sur l'expérience du personnel infirmier en présence de patients vivant des transitions relatives à leur santé, à leur bien-être ou à leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes (Meleis, 2010; Schumacher et Meleis, 1994). La théorie de la transition est généralisable à tout individu vivant une transition. Dans le présent projet, il s'agit de la transition de l'utilisateur ayant un trouble grave de santé mentale (TGSM) d'un milieu d'hébergement supervisé vers un logement autonome dans la communauté.

**Figure 1. Cadre d'analyse basé sur la théorie de la transition en soins infirmiers**



La transition est un concept multidimensionnel qui implique un processus de mouvement et de changement dans le style de vie. La transition réfère à la fois au processus et aux impacts des interactions de la personne avec son environnement. Des indicateurs de processus et d'impact ont été identifiés.

Les **indicateurs du processus de transition** : **1) Se sentir connecté** : se faire de nouveaux contacts tout en conservant les anciens; établir un réseau social comme sources d'information, de logement, de transport, d'emploi et de soutien; être connecté aux professionnels avec lesquels on se sent à l'aise et qui pourraient répondre aux questionnements de la personne vivant la transition. La continuité des relations entre l'utilisateur et les prestataires de soins est importante; **2) Interagir** avec les autres : la signification de la transition et les comportements développés en réponse à celle-ci sont révélés, clarifiés et reconnus. Il y a interaction et réflexion sur la nouvelle forme de relation; **3) Se situer** en termes de temps, d'espace et de relations, se créer de nouvelles significations et de nouvelles perceptions et **4) Développer sa confiance et s'adapter**. Le développement de la confiance est en fonction du niveau de compréhension de différents processus tels que le fait de vivre avec des limitations, du niveau d'utilisation des ressources et dans le développement de stratégies pour gérer la situation.

Certaines conditions peuvent faciliter ou entraver le processus de transition. Dans le cadre d'analyse, ces conditions sont regroupées selon trois catégories :

Les **conditions personnelles** incluent la **signification** donnée aux événements conduisant à la transition et au processus lui-même, les **croyances culturelles et les attitudes** quand une stigmatisation est attachée à l'expérience de transition, le **statut socioéconomique**, la **préparation** et les **connaissances** de l'individu qui vit la transition.

Les **conditions communautaires** font référence aux **ressources** disponibles dans la communauté : le **soutien** apporté par les familles et autres individus significatifs, les **informations** fiables obtenues par l'intermédiaire d'intervenants, l'**avis** de sources respectées,

la continuité des soins et services et les **modèles** de rôle.

Les **conditions sociétales** incluent la **stigmatisation**, les **stéréotypes** et la **marginalisation**.

La transition entraîne des changements pour ce qui est de l'identité, du rôle, des relations, des habiletés et des comportements de l'individu.

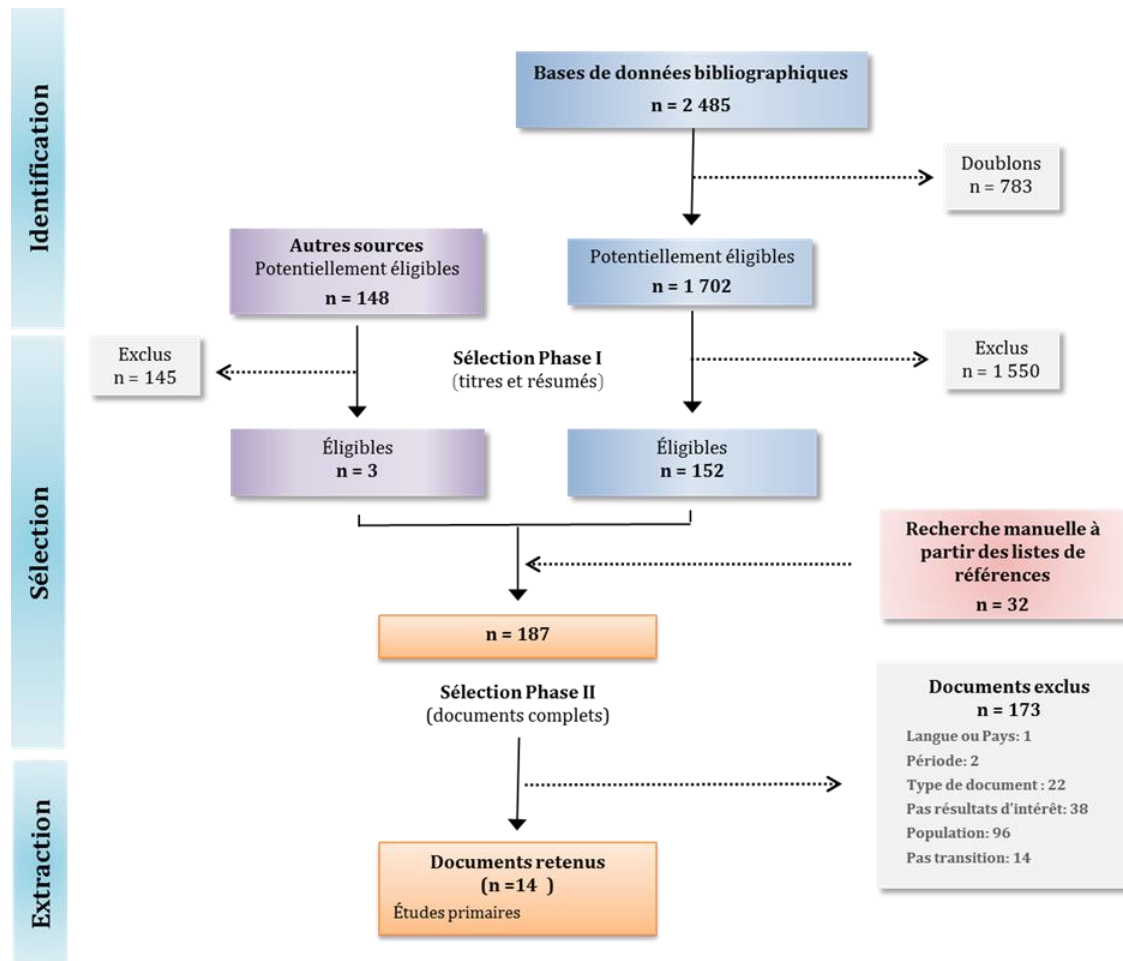
Les **indicateurs d'impact** incluent :**1)** la **maitrise des nouvelles habiletés** et des comportements nécessaires pour faire face à de nouvelles situations ou à un nouvel environnement et **2)** la **reformulation de l'identité** de l'individu après la transition. En arrivant dans un nouvel environnement, les comportements de l'utilisateur dans la recherche et l'utilisation des soins de santé peuvent changer. Enfin, les impacts de la transition peuvent se traduire par des changements de l'état de santé de l'utilisateur, tant sur le plan physique que psychologique.

## 3. Résultats

### 3.1. Études retenues

La stratégie de recherche documentaire a conduit à l'identification de 2 485 études et de 148 documents de littérature grise. Finalement, 14 études ont été incluses et aucun document de littérature grise n'a été retenu. Le schéma de la sélection est présenté dans la **figure 2**. Les études proviennent des États-Unis (5/14), de l'Angleterre (3/14), de l'Australie (2/14) et le Canada, l'Italie, les Pays-Bas et la Suède comptent chacun une étude. Presque toutes les études (13/14) ont utilisé un devis observationnel, dont plus de la moitié sont descriptifs (9/14) et les autres, analytiques (6/14). Une étude a utilisé un devis mixte, c'est-à-dire à la fois descriptif et analytique (Shepherd, Meehan et Humphries, 2014). La qualité méthodologique des études a été évaluée de bonne à excellente avec des scores variant entre 77 % à 95 %. Une seule étude s'avère plus faible méthodologiquement, avec un score de 30% (Kloos et coll., 2002). Aucune étude n'a été exclue sur la base de sa qualité méthodologique, mais celle-ci a été prise en compte lors de l'analyse des résultats. Les caractéristiques détaillées des études retenues sont présentées dans **l'annexe 3**.

Figure 2. Schéma de sélection des documents



### 3.2. Programmes de soutien

Treize programmes et modèles de soutien différents ont été identifiés dans dix des études retenues. Le **tableau 3** présente une brève description de ces programmes ainsi que le type d'hébergement impliqué.

**Tableau 3. Programmes de soutien**

Programmes Description	Type de logement			Étude
	Supervisé	Autonome SBL + soutien	Autonome privé + soutien	
<b>Housing First (HF)</b> Aide au logement afin de permettre à la population ciblée de s'offrir un logement dans le marché locatif privé et de faire en sorte que le loyer ne dépasse pas 30 % de leur revenu.			X	Aubry et coll. (2015) Canada
<b>Supported Housing and Residential Care</b> Hébergement dans le secteur public pour les usagers ayant un trouble grave de santé mentale qui ont besoin d'un milieu de vie protégé ou d'être supervisés 24 h/jour.	X			de Heer-Wunderink, Visser, Caro-Nienhuis, Sytma et Wiersma (2012) Pays-Bas
<b>Supported Independent Living</b> Logement autonome dans le secteur privé pour les usagers ayant des troubles de santé mentale de modérés à graves sans avoir besoin d'un milieu de vie protégé ou de supervision continue.			X	
<b>Supported Housing</b> L'utilisateur est locataire ou colodataire, du personnel est sur place 24 h/jour et la durée de séjour est limitée.	X			Killaspy et coll. (2016) Royaume-Uni
<b>Floating Outreach</b> L'utilisateur est locataire de l'appartement pour une durée illimitée. Du personnel de soutien psychologique ou pratique visite l'utilisateur au moins 1x/semaine pour aider le maintien dans un logement autonome.			X	
<b>Shelter Plus Care</b> Programme de soutien au logement en étroite collaboration avec les locataires. Le programme utilise le modèle général du <i>Supported Housing Program</i> . L'utilisateur choisit le lieu et le logement dans la communauté. Des services de soutien flexibles sont disponibles.			X	Kloos et coll. (2002) États-Unis
<b>Critical Time Intervention Model (CTI)</b> Lorsque jumelé à un modèle de suivi intensif dans la communauté, le CTI vise à long terme le développement de compétences à la vie autonome et la création de réseaux de soutien. À court terme, ces modèles misent sur le maintien et la continuité des soins pendant la période de transition, en assurant le passage progressif de la responsabilité du suivi aux ressources communautaires. Les services dispensés après la transition sont fournis par un travailleur qui a préalablement établi une relation de confiance avec l'utilisateur.	X			Manuel, Hinterland, Conover et Herman (2012) États-Unis
<b>Supported Independent Housing Program (SIH)</b> Subvention pour le loyer, accès à des équipes de soutien résidentiel, des services et des compensations pour un logement adapté aux besoins du locataire avec un trouble de santé mentale grave. Une majorité de participants a des contacts $\geq$ 1x/semaine avec le personnel du programme.		X		Nath, Wong, Marcus et Solomon (2012) États-Unis

Programmes Description	Type de logement			Étude
	Supervisé	Autonome SBL + soutien	Autonome privé + soutien	
<b>Floating Support<sup>1</sup></b> Service gouvernemental de visites gratuites, à court terme, pour les résidents âgés de 18 ans et plus qui ont des difficultés à gérer leur logement ou à vivre de manière indépendante dans la communauté. L'objectif du <i>Floating Support</i> est d'aider les personnes à améliorer leurs habiletés fonctionnelles, leur confiance et à reprendre le contrôle de leur vie en prenant leurs propres décisions.			X	Priebe, Saidi, Want, Mangalore et Knapp (2009) Royaume-Uni
<b>Housing and Support Program (HASP)</b> Dans le cadre de ce programme, le gouvernement finance des organismes non gouvernementaux afin qu'ils fournissent du soutien non clinique aux usagers en logement autonome.		X		Shepherd et coll. (2014) Australie
<b>Transitional Housing Program (TRANS)</b> Programme axé sur le développement de l'autonomie de l'utilisateur et l'atteinte de ses buts. L'objectif est de préparer l'utilisateur à une vie plus autonome. La durée de séjour est de 24 mois ; la transition est abordée dès le 12 <sup>e</sup> mois.	X			Tiderington (2017) États-Unis
<b>Permanent Housing program (PERM)</b> Programme axé sur la stabilité et le maintien de l'utilisateur. La durée de séjour est illimitée. Les usagers sont responsabilisés et reçoivent du soutien passif.		X		
<b>Community Continuum of Care Program (CCCP)</b> Programme pour les personnes ayant un trouble grave de santé mentale fourni par l'intermédiaire de différentes agences. Un service de base (services 8-12 h/jour et disponibilité d'un clinicien 24 h/jour) est offert en plus d'autres services de différents types et niveaux selon les besoins de l'utilisateur.	X			Zubritsky, Rothbard, Dettwyler, Kramer et Chhatre (2013) États-Unis

### 3.3. Question d'évaluation 1 : Quels sont les facteurs favorisant la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale vers un logement autonome?

Huit études ont documenté des conditions contribuant à faciliter la transition des usagers vers un milieu de vie autonome (Aubry et coll., 2015, Bengtsson-Tops et Hansson, 2014, de Girolamo et coll., 2014; Kloos, 2002 ; Manuel et coll., 2012; Rambarran, 2013; Tiderington, 2017; Zubritsky et coll., 2013). Les données recueillies dans ces études sont présentées dans le tableau d'extraction dans l'**annexe 3**.

Le **tableau 4** résume les conditions facilitantes selon le groupe d'individus concernés. La qualité méthodologique des études ainsi que le nombre de participants sont indiqués. Les facilitateurs le plus souvent rapportés pour les usagers concernent le soutien social (Bengtsson-Tops et Hansson, 2014; de Girolamo et coll., 2014; Manuel et coll., 2012; Rambarran, 2013) et leur connaissance de l'environnement avant la transition (Manuel et coll., 2012; Rambarran, 2013). Une seule étude rapporte des facteurs facilitants du point de vue des intervenants. Des éléments facilitants pour les locataires sont présentés dans trois études (Aubry et coll., 2015; Bengtsson-Tops et Hansson, 2014; Kloos et coll., 2002).

<sup>1</sup> Informations disponibles sur le site Internet britannique *People First*, consulté le 4 juin 2018 : <https://www.peoplefirstinfo.org.uk/at-home/staying-in-your-own-home/floating-support/>

**Tableau 4. Facilitateurs à la transition vers un logement autonome**

FACILITATEURS	Études (auteurs, année, pays)	Qualité (nombre de participants)
<b>Pour l'utilisateur (locataire)</b>		
❖ Avoir du soutien social disponible et effectif	de Girolamo et coll., 2014, Italie	86 % (n=55)
	Manuel et coll. 2012, États-Unis	85 % (n=25)
	Rambarran, 2013, Royaume-Uni	80 % (n=3)
	Bengtsson-Tops et coll., 2014, Suède	85 % (n=16)
❖ Connaître l'environnement avant la transition	Manuel et coll., 2012, États-Unis	85 % (n=25)
	Rambarran, 2013, Royaume-Uni	80 % (n=3)
❖ Préparation à l'autonomie par l'apprentissage de compétences dans AVQ et AVD	Tiderington, 2017, États-Unis	90 % (n=35)
❖ Accès et disponibilité à des soins et des services flexibles favorisant l'indépendance	Manuel et coll., 2012, États-Unis	85% (n=25)
❖ Relation de confiance avec les intervenants	Rambarran, 2013, Royaume-Uni	80 % (n=3)
❖ Espérer une plus grande autonomie (rôle, aptitude)		
❖ Participation à un programme offrant des soins et des services	Zubritsky, 2013, États-Unis	86 % (n=1 154)
<b>Pour l'intervenant</b>		
❖ Limite de deux ans pour amener l'utilisateur à transiter vers un logement autonome représente un élément de motivation	Tiderington, 2017, États-Unis	90 % (n=35)
❖ Règles strictes pour motiver l'utilisateur à quitter l'hébergement transitionnel		
<b>Pour le locateur</b>		
❖ Raison sociale (volonté d'aider, empathie, disponibilité, attention)	Aubry et coll., 2015, Canada	90 % (n=23)
	Bengtsson-Tops et coll., 2014, Suède	85 % (n=16)
❖ Participation de l'utilisateur à un programme d'aide au logement (soutien et collaboration de la personne-ressource/intervenant pivot)	Aubry et coll., 2015, Canada	90 % (n=23)
❖ Programme de soutien au logement impliquant les locateurs	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=43)

### 3.4. Question d'évaluation 2: Quels sont les obstacles à la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale vers un logement autonome?

Sept des études retenues ont rapporté des obstacles liés à la transition des usagers avec TGSM vers un logement autonome (Aubry et coll., 2015; Bengtsson-Tops et Hansson, 2014; Kloos et coll., 2002; Manuel et coll., 2012; Rambarran, 2013; Shepherd et coll., 2014; Tiderington, 2017). Les détails des études et leurs résultats sont présentés dans le tableau d'extraction dans l'**annexe 3**.

Le **tableau 5** résume les obstacles identifiés selon le groupe d'individus concernés. La qualité méthodologique des études ainsi que le nombre de participants sont indiqués. Quatre études ont documenté différents obstacles pour les usagers (Kloos et coll., 2002; Manuel et coll., 2012; Rambarran, 2013; Shepherd et coll., 2014; Tiderington, 2017). Les obstacles les plus documentés sont la crainte de stigmatisation et les appréhensions par rapport à la vie autonome, suivis des ressources financières limitées et du manque de préparation pour les activités quotidiennes qu'implique la vie en logement autonome. Trois études rapportent des obstacles pour les intervenants (Kloos et coll., 2002; Shepherd et coll., 2014; Tiderington, 2017) en lien avec leur relation avec les usagers et leur capacité à les aider dans la transition vers un logement autonome. Pour les locateurs, les obstacles perçus concernent l'interaction avec les parties prenantes (usagers, intervenants, services sociaux) et la perception négative qu'ils peuvent avoir de la clientèle présentant un TGSM (Aubry et coll., 2015; Bengtsson-Tops et Hansson, 2014; Kloos et coll., 2002).

**Tableau 5. Obstacles à la transition vers un logement autonome**

OBSTACLES	Étude (auteurs, année, pays)	Qualité (nombre de participants)
<b>Pour l'utilisateur (locataire)</b>		
❖ Crainte de stigmatisation en lien avec la maladie mentale (discrimination, expériences négatives)	Manuel et coll., 2012, États-Unis	85 % (n=25)
	Rambarran, 2013, Royaume-Uni	80 % (n=3)
	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=27)
❖ Craintes et appréhensions engendrées par la vie autonome (anxiété, sécurité, isolement, manque de soutien)	Manuel et coll., 2012, États-Unis	85 % (n=25)
	Rambarran, 2013, Royaume-Uni	80 % (n=3)
	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=27)
❖ Ressources financières limitées	Manuel et coll., 2012, États-Unis	85 % (n=25)
	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=27)



OBSTACLES	Étude (auteurs, année, pays)	Qualité (nombre de participants)
❖ Manque de formation, d'expérience et de compétences pour gérer les AVQ et ADQ	Tiderington, 2017, États-Unis	90 % (n=35)
	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=27)
❖ Perception négative du propriétaire et manque de connaissance de son rôle	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=27)
<b>Pour l'intervenant</b>		
❖ Trouver le juste équilibre entre la prise en charge et la promotion de l'autonomie de l'utilisateur	Shepherd et coll., 2014, Australie	85 % (n=27)
❖ Développer une relation de travail efficace avec l'utilisateur (délimiter l'amitié et le travail, gérer les comportements difficiles)		
❖ Peu de moyens pour procurer à l'utilisateur un logement abordable	Tiderington, 2017, États-Unis	90 % (n=35)
❖ Peu de temps à consacrer au développement de relation entre les usagers et leurs propriétaires et autres individus qui pourraient agir comme soutien naturel	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=43)
<b>Pour le locateur</b>		
❖ Confrontation à des circonstances difficiles en raison des troubles de santé mentale de l'utilisateur (tenue du logement, sensibilité émotionnelle, problèmes de comportement)	Aubry et coll., 2015, Canada	90 % (n=23)
	Bengtsson-Tops et Hansson 2014, Suède	85 % (n=16)
	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=43)
❖ Manque de collaboration et de communication entre les systèmes (intervenants du programme, locataire, locateurs, famille, services sociaux)	Aubry et coll., 2015, Canada	90 % (n=23)
	Bengtsson-Tops et Hansson 2014, Suède	85 % (n=16)
	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=43)
❖ Appréhension et perception négative des locataires ayant des troubles de santé mentale (apparence physique, mode de vie)	Aubry et coll., 2015, Canada	90 % (n=23)
	Bengtsson-Tops et Hansson, 2014, Suède	85 % (n=16)
	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=43)
❖ Confusion dans les rôles et les responsabilités du locateur envers l'utilisateur (ex. : soutien, éducation)	Aubry et coll., 2015, Canada	90 % (n=23)
	Bengtsson-Tops et Hansson 2014, Suède	85 % (n=16)
	Kloos et coll., 2002, États-Unis	30 % (n=43)

### 3.5. Question d'évaluation 3 : Dans les études retenues, quels sont les soins et services offerts et utilisés par les adultes ayant un trouble grave de santé mentale qui vivent en logement autonome?

Quatre des études retenues rapportent des résultats sur les soins et services utilisés par les usagers vivant en logement autonome (de Heer-Wunderink et coll., 2012; Killaspy et coll., 2016; Nath et coll., 2012; Priebe, 2009). Toutes documentent l'utilisation des services offerts à l'intérieur d'un programme de soutien. Le **tableau 6** regroupe les principaux résultats de ces études selon le programme de soutien. Trois des études ont comparé l'utilisation des soins et services en logement autonome à celle en hébergement et une étude a mesuré les impacts du programme *Supported Independent Housing* sur le nombre de consultations auprès d'un médecin généraliste

**Tableau 6. Services utilisés par les usagers vivant en logement autonome**

Programme de soutien	Utilisation des soins et services	Étude	Qualité méthodologique (nombre de participants)
<i>Supported Independent Living</i>	Comparativement aux usagers en hébergement (au cours de la dernière semaine) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution significative du nombre de besoins répondus/usager (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• Aucune différence significative entre le nombre moyen de besoins non répondus/usager</li> </ul>	de Heer-Wunderink et coll., 2012, Pays-Bas	86 % (n=534)
<i>Floating Outreach</i>	Comparativement aux usagers en hébergement (au cours des 3 derniers mois) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune différence significative dans le nombre de besoins répondus et non répondus</li> </ul>	Killaspy et coll. 2016, Royaume-Uni	86 % (n=460)
<i>Supported Independent Housing</i>	La participation au programme des usagers vivant en logement autonome augmente le nombre de visites chez le médecin généraliste dans les 12 derniers mois.	Nath et coll., 2012 États-Unis	95 % (n=252)
<i>Floating support</i>	Comparaison simultanée des usagers vivant dans deux types d'hébergement et de ceux vivant en logement autonome. Des différences significatives sont observées : <ul style="list-style-type: none"> <li>• dans l'utilisation des soins en lien avec la médication</li> <li>• dans l'utilisation des soins en lien avec les services du gestionnaire de cas</li> <li>• dans le nombre de consultations auprès du médecin généraliste et de l'infirmière communautaire en soins psychiatriques</li> <li>• dans le % d'usagers ayant reçu du soutien pour certaines activités de la vie quotidienne</li> </ul>	Priebe et coll., 2009 Angleterre	77 % (n=403)

### 3.6. Question d'évaluation 4 : Dans les études retenues, quels sont les impacts de la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale vers un logement autonome ?

Quatre des études retenues rapportent des impacts de la transition des usagers présentant un TGSM d'un hébergement vers un logement autonome (de Heer-Wunderink et coll., 2012; Hill, Mayes et McConnell, 2010; Priebe et coll., 2009; Rambarran, 2013). Ces résultats sont résumés dans le **tableau 7**.

**Tableau 7. Impacts de la transition en logement autonome**

IMPACTS	Auteurs Année Pays	Qualité méthodologique (nb de participants)
Comparativement aux usagers vivant en hébergement : <ul style="list-style-type: none"> <li>Plus grand nombre de contacts avec un ami dans la semaine précédant l'étude</li> <li>Fréquence réduite de la fréquentation d'un centre de jour</li> </ul>	de Heer-Wunderink et coll., 2012 Pays-Bas	86 % (n=534)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Développement d'un sentiment de contrôle et d'appropriation de sa vie</li> <li>Établissement d'une relation positive entre la maladie et l'environnement</li> <li>Développement un sentiment d'appartenance</li> </ul>	Hill et coll., 2010 Australie	80 % (n=7)
Comparaison de trois milieux de vie : deux types d'hébergement et logement autonome. Différences significatives entre les trois pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de participation aux activités communautaires</li> <li>Taux de participation à des activités non professionnelles</li> </ul>	Priebe et coll., 2008 Royaume-Uni	77 % (n=403)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration de l'inclusion sociale</li> </ul> Renforcement des rôles sociaux, des forces et des aspirations	Rambarran, 2013 Royaume-Uni	80 % (n=7)

### 3.7 Question d'évaluation 5 : Dans les études retenues, quelle est la durée de séjour en hébergement des adultes ayant un trouble grave de santé mentale?

Trois des études retenues ont rapporté des durées de séjour en hébergement (de Girolamo et coll., 2014; de Heer-Wunderink et coll., 2012; Priebe et coll., 2009). Ces données sont présentées dans le **tableau 8**.

**Tableau 8. Durée de séjour en hébergement**

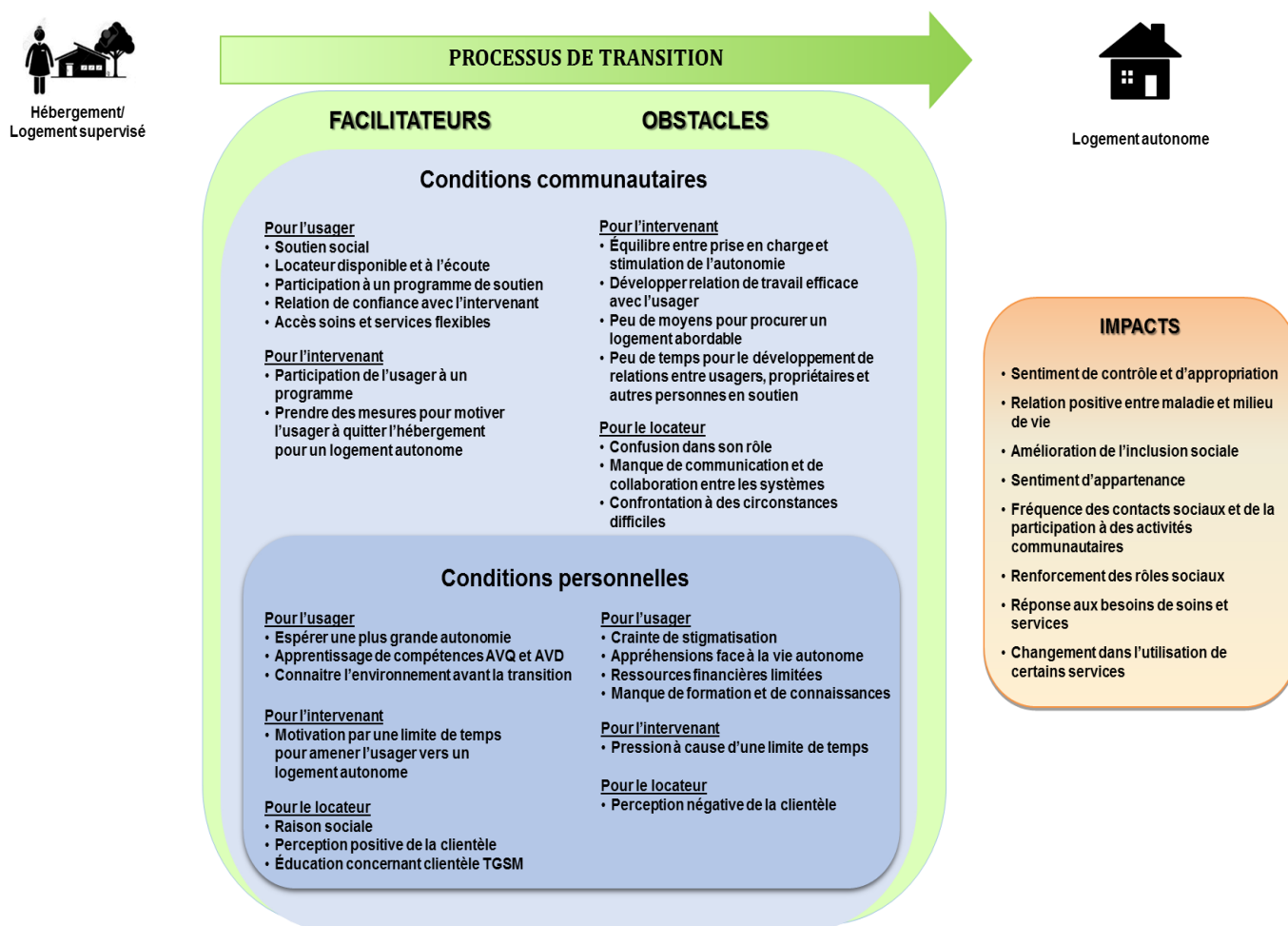
DURÉE DE SÉJOUR EN HÉBERGEMENT	Auteurs Année Pays	Qualité méthodologique (nb de participants)
<ul style="list-style-type: none"> <li>55 usagers ayant transité vers un logement autonome : 2,3 ans</li> <li>338 usagers restés en hébergement : 4,6 ans</li> </ul> Une différence statistiquement significative (p=0,004)	de Girolamo et coll., 2014, Italie	86 % (n=403)
Pour les 332 usagers en hébergement : <ul style="list-style-type: none"> <li>0 à 4 ans : 49%</li> <li>4 à 6 ans : 17%</li> <li>&gt; 6 ans : (34 %)</li> </ul>	de Heer-Wunderink et coll., 2012 Pays-Bas	86 % (n=534)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Résidence de groupe : 4,6 ans</li> <li>Appartement supervisé : 3,7 ans</li> </ul>	Priebe et coll., 2008 Royaume-Uni	77 % (n=403)

## 4. Synthèse et analyse des résultats

### 4.1. Synthèse des résultats

Le modèle présenté dans la **figure 1**, basé sur la théorie de la transition en soins infirmiers, a été utilisé pour synthétiser les résultats concernant les conditions entourant le processus de transition vues comme étant des facilitateurs ou des obstacles, ainsi que les impacts de la transition sur les usagers. La **figure 3** présente le modèle avec les principaux facilitateurs et obstacles à la transition rapportés dans les études retenues, ainsi que les impacts de la transition. Des tableaux-synthèses de ces résultats sont présentés dans les **annexes 4, 5 et 6**.

**Figure 3. Facilitateurs, obstacles et impacts de la transition de milieu d'hébergement vers un logement autonome pour les adultes ayant un trouble grave de santé mentale**



#### 4.1.1. Conditions favorables à la transition

Des conditions communautaires et personnelles favorisant la transition ont été identifiées pour l'utilisateur, pour l'intervenant et pour le locateur. Aucune condition sociétale n'a cependant été documentée. Les conditions communautaires identifiées comme facilitateurs pour les usagers concernent principalement l'**aspect relationnel**, que ce soit avec les proches, d'autres personnes dans la communauté (de Girolamo et coll., 2014; Manuel et coll., 2012; Rambarran), avec le locateur (Bengtsson-Tops et Hansson, 2014) ou avec un intervenant (Rambarran, 2013). De façon plus générale, la participation de l'utilisateur à un **programme offrant du soutien, des soins et des services** a un impact positif sur la transition, tant pour l'utilisateur (Zubritsky et coll., 2013) que pour le locateur (Aubry et coll., 2015).

Les conditions personnelles identifiées comme facilitantes pour la transition de l'utilisateur incluent la **connaissance préalable de l'environnement** et l'**apprentissage des habiletés** nécessaires à la vie autonome (Manuel et coll., 2012; Rambarran, 2013). En ce qui concerne les locateurs, la **raison sociale** les incite à s'impliquer auprès de la clientèle TGSM (Aubry et coll., 2015; Bengtsson-Tops et Hansson, 2014).

#### 4.1.2. Conditions défavorables à la transition

Des conditions communautaires concernant les intervenants et les locateurs ainsi que des conditions personnelles pour les usagers ont été identifiées comme obstacles à la transition. Aucune condition sociétale n'a cependant été documentée. Les conditions communautaires défavorables pour les intervenants concernent principalement leurs **relations avec les usagers**, notamment le développement d'une relation de travail efficace avec un juste équilibre entre la prise en charge et la stimulation de l'autonomie (Shepherd et coll., 2014). Les intervenants déplorent également les **moyens limités** dont ils disposent pour trouver un logement abordable (Tiderington, 2017) et pour faciliter les relations entre les usagers, les locateurs et les autres personnes qui pourraient apporter du soutien (Kloos et coll., 2002). Les obstacles identifiés pour les locateurs incluent la confusion dans leur **rôle envers les locataires** avec TGSM, le manque de collaboration et de communication avec les autres acteurs (intervenants, famille, prestataires de soins et services) et la **confrontation à des circonstances difficiles** impliquant les locataires avec TGSM.

Les conditions personnelles de l'utilisateur qui entravent sa transition vers un logement autonome sont la  **Crainte de stigmatisation** et l'**appréhension** de la vie autonome (Kloos et coll., 2002; Manuel et coll., 2012, Rambarran, 2013), les **ressources financières limitées** (Kloos et coll., 2002; Manuel et coll., 2012) ainsi que le **manque de formation et de compétences** pour gérer les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique (Kloos et coll., 2002; Tiderington, 2017).

#### 4.1.3. Impacts de la transition des usagers vers un logement autonome

Bien que l'objectif principal de l'ETMISSS n'était pas d'identifier les impacts de la transition vers un logement autonome pour les adultes présentant un TGSM, certains ont été documentés dans les études retenues, tel que la **reformulation de l'identité** (Hill et coll., 2010; Rambarran,

2013) et l'**utilisation des soins et services** (de Heer Wunderink et coll., 2012; Killaspy et coll., 2016; Nath et coll., 2012; Priebe et coll., 2009). Aucune donnée n'a été répertoriée en lien avec la santé physique ou psychologique des usagers.

En vivant en logement autonome, l'utilisateur développe un **sentiment de contrôle et d'appropriation**, notamment lorsqu'il a été impliqué dans le choix de son logement. L'amélioration de l'**inclusion sociale** et le **renforcement des rôles sociaux** ainsi que le développement d'un **sentiment d'appartenance à la communauté** ont aussi été documentés dans les études retenues.

Concernant l'utilisation des soins et services, **aucune différence significative** n'est observée entre l'hébergement et le logement autonome **pour les besoins exprimés et non répondus** (de Heer Wunderink et coll., 2012; Killaspy et coll., 2016) ainsi que pour la **fréquence d'utilisation de services spécifiques** tels que la consultation de médecins, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels (Killaspy et coll., 2016).

## 4.2. Analyse des résultats

Afin d'émettre des constats justes, le niveau de preuve a été évalué pour chacun des facilitateurs et des obstacles à la transition qui ont été identifiés. Malgré la bonne qualité méthodologique de la plupart des études retenues, l'utilisation d'un devis observationnel et le nombre souvent limité de participants restreignent la portée des résultats. Par conséquent, aucun des éléments identifiés ne présente un niveau de preuve élevée. Les tableaux 9 et 10 présentent les résultats de l'évaluation du niveau de preuve pour les facilitateurs de la transition (**tableau 9**) et pour les obstacles à la transition (**tableau 10**).

**Tableau 9. Évaluation du niveau de preuve scientifique pour chacun des facilitateurs identifiés**

Facilitateurs	Nombre d'études	Concordance des résultats	Robustesse du devis	Nombre de participants	Qualité méthodologique	Niveau de preuve
Soutien social pour l'utilisateur	4	Forte	Modérée (1) Faible (3)	Peu élevé (4)	Élevée (4)	Modéré
Participation de l'utilisateur à un programme de soutien	2	Forte	Modérée (1) Faible (1)	Peu élevé (1) Élevé (1)	Élevée (2)	Modéré
L'intervenant applique des règles strictes pour motiver l'utilisateur à quitter le milieu d'hébergement transitionnel	1	n/a	Modérée	Faible	Élevée	Modéré
Apprentissage de compétences dans les AVQ et AVD	1	n/a	Modérée	Faible	Élevée	Modéré
Motivation de l'intervenant par l'imposition d'un délai	1	n/a	Modérée	Faible	Élevée	Modéré

Facilitateurs	Nombre d'études	Concordance des résultats	Robustesse du devis	Nombre de participants	Qualité méthodologique	Niveau de preuve
Connaître l'environnement avant la transition	2	Forte	Faible (2)	Peu élevé (2)	Élevée (2)	Faible
Raison sociale du locateur	2	Forte	Faible (2)	Peu élevé (2)	Élevée (2)	Faible
Relation de confiance avec l'intervenant	1	n/a	Faible	Faible	Élevée	Faible
Accès et disponibilité de soins et services flexibles	1	n/a	Faible	Faible	Élevée	Faible
Espérer une plus grande autonomie	1	n/a	Faible	Faible	Élevée	Faible
Programme de soutien au logement impliquant les locateurs	1	n/a	Faible	Faible	Faible	Preuve insuffisante

#### 4.2.1. Facilitateurs de la transition

En ce qui concerne l'utilisateur, un niveau de preuve modéré permet de considérer le soutien social, la participation à un programme de soutien et l'apprentissage de compétences dans les AVQ et AVD comme des éléments facilitant la transition vers un logement autonome. Pour l'intervenant, l'application de règles motivant l'utilisateur à considérer la vie en logement autonome ainsi que l'imposition d'un délai de séjour en hébergement faciliteraient la transition. Malgré le niveau de preuve faible, plus d'une étude rapporte que la connaissance de l'environnement par l'utilisateur avant la transition ainsi que la raison sociale du locateur par rapport aux personnes avec un TGSM faciliteraient la transition.

#### 4.2.2. Obstacles à la transition

Malgré des niveaux de preuve faibles, certains obstacles sont documentés dans au moins une étude de qualité méthodologique élevée, dont certaines ont utilisé un devis modérément robuste. La crainte de stigmatisation et l'appréhension de la vie en logement autonome sont des éléments susceptibles de nuire à la transition de l'utilisateur. En ce qui concerne les locateurs, la confusion par rapport à leur rôle dans la transition, un manque de collaboration avec les intervenants des programmes et la crainte d'être confronté à des situations difficiles en lien avec la condition de la personne présentant un TGSM feraient obstacle à la transition vers un logement autonome. Aussi, les moyens limités de l'intervenant pour aider l'utilisateur ainsi que le manque de compétences de ce dernier dans les AVQ et les AVD nuiraient à la transition.

**Tableau 10. Évaluation du niveau de preuve scientifique pour les obstacles identifiés**

Obstacles	Nombre d'études	Concordance des résultats	Robustesse du devis	Nombre de participants	Qualité méthodologique	Niveau de preuve
Confusion des locateurs quant à leur rôle et responsabilité envers l'utilisateur	3	Forte	Faible (3)	Faible (3)	Élevée (2) Faible (1)	Faible
Manque de collaboration entre les locateurs, les intervenants et les familles	3	Forte	Faible (3)	Faible (3)	Élevée (2) Faible (1)	Faible
Le locateur craint d'être confronté à des situations difficiles en lien avec la santé mentale du locataire (perception négative)	3	Forte	Faible (3)	Faible (3)	Élevée (2) Faible (1)	Faible
Craintes de stigmatisation de la part de l'utilisateur en lien avec la maladie mentale	3	Forte	Faible (3)	Faible (3)	Élevée (2) Faible (1)	Faible
Appréhensions face à la vie en logement autonome	3	Forte	Faible (3)	Faible (3)	Élevée (2) Faible (1)	Faible
Moyens limités de l'intervenant pour aider l'utilisateur dans sa transition	2	Forte	Modérée (1) Faible (1)	Faible (2)	Élevée (1) Faible (1)	Faible
Manque de formation et de compétences des usagers pour gérer la AVQ et AVD	2	Forte	Modérée (1) Faible (1)	Faible (2)	Élevée (1) Faible (1)	Faible
Ressources financières limitées de l'utilisateur	2	Forte	Faible (2)	Faible (2)	Élevée (1) Faible (1)	Faible
Trouver un juste équilibre pour l'intervenant entre la prise en charge et l'autonomie de l'utilisateur	1	n/a	Faible	Faible	Élevée	Faible
Perception négative des locateurs envers les adultes TGSM	1	n/a	Faible	Faible	Faible	Preuve insuffisante



## 5. Conclusion

---

Basée sur la théorie de la transition en soins infirmiers et sur l'évaluation du niveau de preuve scientifique, l'analyse des données extraites des études retenues a conduit à l'identification de conditions facilitant ou faisant obstacle à la transition de la clientèle ciblée vers un logement autonome et ceci, tant pour l'utilisateur, l'intervenant et le locataire.

Les **facilitateurs** de la transition de l'utilisateur vers un logement autonome incluent : **1)** L'apport d'un soutien social par l'intervenant, le locataire et toutes autres personnes significatives; **2)** La participation à un programme de soutien au logement; **3)** La connaissance préalable par l'utilisateur du milieu où il habitera et **4)** Des locataires avec une raison sociale, sensibles aux personnes présentant un TGS.

Les **obstacles** à la transition incluent : **1)** La crainte de stigmatisation et l'appréhension de la vie autonome par l'utilisateur; **2)** Le manque de moyen et de temps pour permettre à l'intervenant d'accompagner l'utilisateur dans sa recherche de logement et le développement de relations dans la communauté; **3)** La confusion vécue par le locataire quant à son rôle auprès d'un locataire avec TGS et le manque de communication et de collaboration des autres parties prenantes (intervenant, travailleurs sociaux, famille); **4)** La peur du locataire concernant la gestion de situations difficiles en raison des troubles de santé mentale du locataire et **5)** Le manque de compétence des utilisateurs dans les AVQ et AV.

À partir des impacts documentés dans les études retenues, il ne semble pas y avoir de différence significative dans l'utilisation des soins et des services ainsi que dans le nombre de besoins non répondus pour les utilisateurs vivant en logement autonome comparativement à ceux vivant en hébergement.

La connaissance des conditions favorables et défavorables à la transition des adultes ayant un trouble grave de santé mentale d'un milieu d'hébergement dans le système de santé et de services sociaux vers un logement autonome dans la communauté facilitera le développement et la mise en place d'interventions ou de programmes stimulant cette transition.

## Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire

---

**MEDLINE** – Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

**Date de la recherche** : 20 juin 2017

- 1 Mental Disorders/
- 2 exp "schizophrenia spectrum and other psychotic disorders"/
- 3 Mentally Ill Persons/
- 4 Mentally Disabled Persons/  
(((mental\* or psychiatr\* or psychic\*) adj2 (ill or illness\* or disorder\* or disabilit\* or disable\* or disease\* or patient\* or issue\* or condition\* or problem\*)) or psychosis or psychotic\* or schizophreni\*).ti,ab.
- 5
- 6 1 or 2 or 3 or 4 or 5
- 7 Motivation/
- 8 Social Adjustment/
- 9 Rehabilitation/
- 10 Social Environment/
- 11 Community Integration/
- 12 community mental health services/
- 13 exp Social Work/
- 14 exp Social support/
- 15 Psychiatric Rehabilitation/
- 16 exp "Continuity of Patient Care"/
- 17 mental health services/
- 18 exp Patient Satisfaction/
- 19 personal autonomy/  
((community adj2 (assertive or setting\*)) or (longitudinal adj2 discharge) or (social adj1 (worker\* or support or environment)) or (support adj1 (worker\* or staff)) or case manager\* or team or teams or service\*).ti,ab.
- 20
- 21 (autonomy or motivation or satisfaction or rehabilitat\* or recover or recovery or transfer\* or re-integrat\* or reintegrat\* or integrat\* or area placement or transition\* or bridge or predictor\* or preference\* or preferred or tenant\* or landlord\* or tenure or renter\* or rent or lease or leases or leasing).ti,ab.
- 22 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21
- 23 residence characteristics/
- 24 housing/

- 25 public housing/
- 26 independent living/
- 27 residential facilities/
- 28 assisted living facilities/
- 29 halfway houses/
- 30 (house\* or housing or home or apartment or residence\*).ti. /freq=3
- 31 (house\* or housing or home or apartment or residence\*).ab. /freq=3
- 32 (((independent\* or autonomous\* or halfway or program\* or support\* or setting\* or supervised or transition\* or private or public) adj2 (house\* or housing or home or apartment\* or residential\* or residence\* or arrangement\* or accomodation\* or hostel or lodging or quarter\* or dwelling\*)) or (residential adj2 (house\* or housing or home or apartment\* or residential\* or residence\* or arrangement\* or accomodation\* or hostel or lodging or quarter\* or dwelling\*))).ti,ab.
- 33 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 32 or 30 or 31
- 34 6 and 22 and 33
- 35 ((child\* or infant\* or pediater\* or peadiater\* or youngster\* or kid or kids or babies or baby or offspring or juvenile or perinatal or pregnant or pregnanc\* or adolescent\* or adolescence or learning disabilit\*) not adult\*).ti,ab.
- 36 ((elders or elder or elderly or older adult or older adults or senior\* or frail or frailty or geriatr\* or gerontolog\*) not (middle age or middle aged)).ti,ab.
- 37 (dement\* or alzheimer\*).ti,ab.
- 38 (gene or mice or mouse or rabbit\* or rat or rats or animal\* or cat or cats or dog or dogs or veterinar\*).ti,ab. 1029
- 39 34 not (35 or 36 or 37 or 38)
- 40 limit 39 to (yr="2010 -Current" and (english or french))

**TOTAL : 1 314**

## CINAHL (EBSCO)

Date de la recherche : 21 juin 2017

- 1 (MH "Psychotic Disorders+")
- 2 TI (((mental\* OR psychiatr\* OR psychic\*) n1 (ill or illness\* or disorder\* or disabilit\* or disable\* or disease\* or patient\* or issue\* or condition\* or problem\*)) or psychosis or psychotic\* or schizophreni\*) OR AB (((mental\* OR psychiatr\* OR psychic\*) n1 (ill or illness\* or disorder\* or disabilit\* or disable\* or disease\* or patient\* or issue\* or condition\* or problem\*)) or psychosis or psychotic\* or schizophreni\*)
- 3 (MH "Mental Disorders, Chronic")
- 4 (MH "Psychiatric Patients")
- 5 (MH "Mental Disorders")
- 6 (MH "Mentally Disabled Persons")
- 7 S1 OR s2 OR s3 OR s4 OR s5 OR S6
- 8 (MH "Residential Facilities+")
- 9 (MH "Public Housing")
- 10 (MH "Housing")
- 11 TI ((independent\* or autonomous\* or halfway or program\* or support\* or setting\* or supervised or transition\*) n1 (house\* or housing or home\* or apartment\* or residential\* or residence\* or arrangement\* or accomodation\* or hostel or lodging or quarter\* or dwelling\*)) OR AB ((independent\* or autonomous\* or halfway or program\* or support\* or setting\* or supervised or transition\*) n1 (house\* or housing or home\* or apartment\* or residential\* or residence\* or arrangement\* or accomodation\* or hostel or lodging or quarter\* or dwelling\*))
- 12 (MH "Residence Characteristics")
- 13 S8 OR s9 OR s10 OR s11 OR s12
- 14 TI ((community n2 (assertive or setting\*)) or (longitudinal n2 discharge) or (social n1 (worker\* or support or environment)) or (support n1 (worker\* or staff)) or case manager\* or team or teams or service\*) OR AB ((community n2 (assertive or setting\*)) or (longitudinal n2 discharge) or (social n1 (worker\* or support or environment)) or (support n1 (worker\* or staff)) or case manager\* or team or teams or service\*)
- 15 (MH "Rehabilitation, Psychosocial+")
- 16 (MH "Rehabilitation+")
- 17 (MH "Community Mental Health Services")
- 18 (MH "Patient Autonomy")
- 19 (MH "Empowerment")
- 20 TI (autonomy or motivation or satisfaction or rehabilitat\* or recover or recovery or transfer\* or re-integrat\* or reintegrat\* or integrat\* or "area placement" or transition\* or bridge or predictor\* or preference\* or preferred or tenant\* or landlord\* or tenure or renter\* or rent or lease or leases or leasing) OR AB (autonomy or motivation or satisfaction or rehabilitat\* or recover or recovery or transfer\* or re-integrat\* or reintegrat\* or integrat\* or "area placement" or transition\* or bridge or predictor\* or preference\* or preferred or tenant\* or landlord\* or tenure or renter\* or rent or lease or leases or leasing)

- 21 (MH "Recovery")
- 22 (MH "Social Work Service")
- 23 (MH "Social Workers")
- 24 (MH "Home Environment")
- 25 (MH "Patient Satisfaction")
- 26 (MH "Social Environment")
- 27 (MH "Motivation")
- 28 (MH "Social Adjustment")
- 29 (MH "Mental Health Services")
- 30 (MH "Community Living+")
- 31 (MH "Autonomy")
- 32 (MH "Assisted Living")
- 33 S14 OR s15 OR s16 OR s17 OR s18 OR s19 OR s20 OR s21 OR s22 OR s23 OR s24 OR s25 OR s26 OR S27 OR s28 OR d29 OR s30 OR s31 OR s32
- 34 TI ( ((child\* or infant\* or pediater\* or peadiater\* or youngster\* or kid or kids or babies or baby or offspring or juvenile or perinatal or pregnant or pregnanc\* or adolescent\* or adolescence or learning disabilit\*) not adult\*) ) OR AB ( ((child\* or infant\* or pediater\* or peadiater\* or youngster\* or kid or kids or babies or baby or offspring or juvenile or perinatal or pregnant or pregnanc\* or adolescent\* or adolescence or learning disabilit\*) not adult\*) )
- 35 TI ( dement\* or alzheimer\* ) OR AB ( dement\* or alzheimer\* )
- 36 TI ( gene or mice or mouse or rabbit\* or rat or rats OR animal\* OR cat OR cats OR dog OR dogs OR veterinar\*) OR AB (gene or mice or mouse or rabbit\* or rat or rats OR animal\* OR cat OR cats OR dog OR dogs OR veterinar\*)
- 37 TI ( ((elders or elder or elderly or older adult or older adults or senior\* or frail or frailty or geriatr\* or gerontolog\*) not ("middle age OR middle aged)) ) OR AB ( ((elders or elder or elderly or older adult or older adults or senior\* or frail or frailty or geriatr\* or gerontolog\*) not ("middle age OR middle aged))) )
- 38 S33 AND S13 AND s7
- 39 S38 NOT (S34 OR s35 OR s36 OR s37)
- 40 S38 NOT (S34 OR s35 OR s36 OR s37) Limiters - Published Date: 20100101-20171231
- 41 S38 NOT (S34 OR s35 OR s36 OR s37) Limiters - Published Date: 20100101-20171231 Narrow by Language: - french , Narrow by Language: - english

**TOTAL : 607**

## PsycINFO (OVID)

Date de la recherche: 20 juin 2017

- 1 Mental Disorders/
- 2 psychiatric patients/
- 3 exp psychosis/
- 4 psychiatric symptoms/
- 5 schizoaffective disorder/
- 6 (((mental\* or psychiatr\* or psychic\*) adj2 (ill or illness\* or disorder\* or disabilit\* or dis  
or disease\* or patient\* or issue\* or condition\* or problem\*)) or psychosis or psychot  
schizophreni\*).ti,ab.
- 7 Motivation/
- 8 Social Adjustment/
- 9 self-care skills/
- 10 rehabilitation/
- 11 Habilitation/
- 12 Social Environment/
- 13 Community Mental Health/
- 14 psychosocial rehabilitation/
- 15 community mental health services/
- 16 exp Social Services/
- 17 Social support/
- 18 social integration/
- 19 exp "Continuum of Care"/
- 20 independent living programs/
- 21 mental health services/
- 22 exp Patient Satisfaction/
- 23 autonomy/
- 24 ((community adj2 (assertive or setting\*)) or (longitudinal adj2 discharge) or (social  
(worker\* or support or environment)) or (support adj1 (worker\* or staff)) or case man  
or team or teams or service\*).ti,ab.
- 25 housing/
- 26 halfway houses/
- 27 assisted living/
- 28 (house\* or housing or home or apartment or residence\*).ab. /freq=3
- 29 (house\* or housing or home or apartment or residence\*).ti. /freq=3

30 (((independent\* or autonomous\* or halfway or program\* or support\* or setting\* or supervised or transition\* or private or public) adj2 (house\* or housing or home or apartment\* or residential\* or residence\* or arrangement\* or accomodation\* or hostel or lodging or quarter\* or dwelling\*)) or (residential adj2 (house\* or housing or home or apartment\* or residential\* or residence\* or arrangement\* or accomodation\* or hostel or lodging or quarter\* or dwelling\*))).ti,ab.

31 ((child\* or infant\* or pediatr\* or peadiatr\* or youngster\* or kid or kids or babies or baby or offspring or juvenile or perinatal or pregnant or pregnanc\* or adolescent\* or adolescence or learning disabilit\*) not adult\*).ti,ab.

32 ((elders or elder or elderly or older adult or older adults or senior\* or frail or frailty or geriatr\* or gerontolog\*) not middle age\*).ti,ab.

33 (dement\* or alzheimer\*).ti,ab.

34 (gene or mice or mouse or rat or rats or rabbit\* or animal\* or cat or cats or dog or dogs or veterinar\*).ti,ab.

35 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6

36 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30

37 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24

38 35 and 36 and 37

39 38 not (31 or 32 or 33 or 34)

40 limit 39 to ((english or french) and yr="2010 - 2016")

41 limit 39 to yr="2017 -Current"

42 40 or 41

**TOTAL : 564**

## Annexe 2. Critères d'évaluation du niveau de preuve

Niveau de preuve scientifique	Description des critères
<b>Élevé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Données observées dans plus d'un article scientifique dont le SQ est élevé.</li> <li>-Consensus fort entre les résultats des différentes études.</li> <li>-Consensus fort entre les résultats des données quantitatives et les données qualitatives.</li> <li>-Il existe une (des) méta-analyse(s) de bonne qualité ou plusieurs essais randomisés de bonne qualité dont les résultats sont cohérents. De nouvelles données ne changeront très probablement pas la confiance en l'effet estimé.</li> <li>-Nombre très élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).</li> </ul>
<b>Modéré</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Données observées dans un seul article scientifique dont le SQ est élevé ou dans plus d'un article scientifique dont le SQ est modéré.</li> <li>-Consensus moyen entre les résultats des données quantitatives et les données qualitatives.</li> <li>-Il existe des preuves de qualité correcte (essais randomisés ou études prospectives ou rétrospectives) avec des résultats dans l'ensemble cohérents. De nouvelles données peuvent avoir un impact sur la confiance dans l'estimation de l'effet et peuvent changer l'estimation.</li> <li>-Nombre plutôt élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).</li> </ul>
<b>Faible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Données issues d'un seul article scientifique dont le SQ est modéré ou dans plus d'un article scientifique dont le SQ est faible.</li> <li>-Consensus faible entre les résultats des données quantitatives et les données qualitatives.</li> <li>-Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou les résultats des essais ne sont pas toujours cohérents entre eux. De nouvelles données auront très probablement un impact important sur la confiance dans l'estimation de l'effet et changeront probablement l'estimation.</li> <li>-Nombre peu élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).</li> </ul>
<b>Preuve insuffisante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Donnée issue d'un seul article scientifique dont le SQ est faible ou dans un ou plusieurs articles scientifiques sans SQ.</li> <li>-Pas de consensus entre les résultats des données quantitatives et les données qualitatives.</li> <li>-Seulement des séries de cas. Il existe une forte incertitude sur l'effet estimé.</li> <li>-Nombre très peu élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).</li> </ul>

### Définition des critères :

**Concordance** : faible si les résultats ne font pas consensus; modérée s'il y a un consensus moyen entre les résultats; forte s'il y a un consensus élevé entre les résultats.

**Robustesse** : devis faible (qualitatif; transversal); devis modéré (cohorte prospective ou rétrospective); devis fort (avant-après; série chronologique interrompue).

**Nombre de participants-études quantitatives** : peu élevé ( $n \leq 1000$ ); élevé ( $> 1000$   $n < 5000$ ); très élevé ( $n \geq 5000$ ). (Le nombre sur lequel porte l'évaluation inclut la somme des participants des études pour lesquelles ces informations sont disponibles).

**Score de qualité(SQ)** : faible ( $\leq 60$  %); modéré ( $60$  %  $< SQ < 80$  %); élevé ( $\geq 80$  %).



## Annexe 3. Extraction des données

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats												
Aubry et coll. 2015 Canada	Documenter la perception des locataires à l'égard de locataires du programme <i>Housing First</i>  Étude observationnelle qualitative  Qualité méthodologique 90 %	Locataires (n=23)  Gestionnaires (n=10)  Propriétaires (n=13)  <u>Locataires</u> : personnes avec trouble grave de santé mentale (TGSM) et historique d'itinérance chronique	<i>Housing First (HF)</i>  Programme d'aide au logement <i>Supported Housing</i> pour sans-abris avec troubles de santé mentale sévères  Ce programme consiste en une aide au logement afin de permettre à la population ciblée de s'offrir un logement dans le marché locatif privé et de faire en sorte que le loyer ne dépasse pas 30 % de leur revenu	Entrevues	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Facilitateurs</th> <th>Obstacles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Motivations des locataires</td> <td>-Raisons financières : revenu garanti par le programme -Raisons sociales : volonté d'aider cette clientèle</td> <td>-Risque d'avoir de mauvaises expériences avec cette clientèle.</td> </tr> <tr> <td>Perception du programme HF par les locataires</td> <td>-HF réponds aux demandes d'assistance du locateur (résolution de problèmes avec l'usager) -Communication, partage d'information</td> <td>-Problèmes de communication avec le personnel du programme  -Manque d'information sur le locataire</td> </tr> <tr> <td>Perception des usagers par les locataires</td> <td>-Perception positive (locataires tranquilles, propres, respectueux des lieux et des autres) -Les usagers aident à diverses tâches dans l'immeuble</td> <td>-Les usagers parfois perçus négativement (apparence physique, attitude, comportements perturbateurs, mode de vie, visiteurs)</td> </tr> </tbody> </table>		Facilitateurs	Obstacles	Motivations des locataires	-Raisons financières : revenu garanti par le programme -Raisons sociales : volonté d'aider cette clientèle	-Risque d'avoir de mauvaises expériences avec cette clientèle.	Perception du programme HF par les locataires	-HF réponds aux demandes d'assistance du locateur (résolution de problèmes avec l'usager) -Communication, partage d'information	-Problèmes de communication avec le personnel du programme  -Manque d'information sur le locataire	Perception des usagers par les locataires	-Perception positive (locataires tranquilles, propres, respectueux des lieux et des autres) -Les usagers aident à diverses tâches dans l'immeuble	-Les usagers parfois perçus négativement (apparence physique, attitude, comportements perturbateurs, mode de vie, visiteurs)
	Facilitateurs	Obstacles															
Motivations des locataires	-Raisons financières : revenu garanti par le programme -Raisons sociales : volonté d'aider cette clientèle	-Risque d'avoir de mauvaises expériences avec cette clientèle.															
Perception du programme HF par les locataires	-HF réponds aux demandes d'assistance du locateur (résolution de problèmes avec l'usager) -Communication, partage d'information	-Problèmes de communication avec le personnel du programme  -Manque d'information sur le locataire															
Perception des usagers par les locataires	-Perception positive (locataires tranquilles, propres, respectueux des lieux et des autres) -Les usagers aident à diverses tâches dans l'immeuble	-Les usagers parfois perçus négativement (apparence physique, attitude, comportements perturbateurs, mode de vie, visiteurs)															
Bengtsson-Tops & Hansson 2014 Suède	Décrire l'expérience des locataires ayant loué des logements à des personnes vivant avec un trouble grave de santé mentale.  Étude observationnelle descriptive  Qualité méthodologique : 85 %	Locataires (n=16) -secteur privé : 6 -secteur public : 10	Aucun	Entrevues avec questions ouvertes et à développement (30-60 min )	FACILITATEURS <table border="1"> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Fournir de l'assistance</td> <td>Être aidant</td> <td>Empathie, engagement et équité; rôle de médiateur; travail gratifiant; être important pour quelqu'un</td> </tr> <tr> <td>Offrir de la sécurité</td> <td>Être disponible; être attentif et écouter activement le récit des résidents victimes de harcèlements</td> </tr> </tbody> </table>	Fournir de l'assistance	Être aidant	Empathie, engagement et équité; rôle de médiateur; travail gratifiant; être important pour quelqu'un	Offrir de la sécurité	Être disponible; être attentif et écouter activement le récit des résidents victimes de harcèlements							
Fournir de l'assistance	Être aidant	Empathie, engagement et équité; rôle de médiateur; travail gratifiant; être important pour quelqu'un															
	Offrir de la sécurité	Être disponible; être attentif et écouter activement le récit des résidents victimes de harcèlements															

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats															
		Le concept de locateur en Suède n'est pas lié à une personne spécifique, mais désigne plutôt un ensemble de professionnels fournissant des services aux locataires (administrateurs, gestionnaires immobiliers, conseils d'administration, gestionnaires de cas, intervenants)			<p>OBSTACLES</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Être confronté à des circonstances difficiles</td> <td>Mauvaise gestion des lieux</td> <td>Appartements endommagés</td> </tr> <tr> <td>Sensibilité émotionnelle</td> <td>Gérer les émotions des locataires et les conflits entre voisins; travail supplémentaire</td> </tr> <tr> <td>Comportements provocateurs</td> <td>Accusations sans fondement des voisins; menaces physiques et verbales; imprévisibilité et perte de contrôle.</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Manque de réseaux de soutien perçu par les locataires</td> <td>Chercher la collaboration</td> <td>Contacter la famille, les professionnels; informer les services sociaux</td> </tr> <tr> <td>Manque de considération</td> <td>Ne pas être considéré comme un partenaire avec lequel coopérer; sentiment d'isolement; ambiguïté du rôle, impuissance et incertitude</td> </tr> </table> <p>En résumé, bien que les locateurs désirent aider les locataires ayant des TGSM, ils sont confrontés à des circonstances difficiles et au manque de soutien. Les locateurs souhaiteraient que les professionnels responsables soient plus proactifs et collaborent avec les parties prenantes. Aucune distinction n'est faite entre les locateurs du secteur public et privé.</p>	Être confronté à des circonstances difficiles	Mauvaise gestion des lieux	Appartements endommagés	Sensibilité émotionnelle	Gérer les émotions des locataires et les conflits entre voisins; travail supplémentaire	Comportements provocateurs	Accusations sans fondement des voisins; menaces physiques et verbales; imprévisibilité et perte de contrôle.	Manque de réseaux de soutien perçu par les locataires	Chercher la collaboration	Contacter la famille, les professionnels; informer les services sociaux	Manque de considération	Ne pas être considéré comme un partenaire avec lequel coopérer; sentiment d'isolement; ambiguïté du rôle, impuissance et incertitude			
Être confronté à des circonstances difficiles	Mauvaise gestion des lieux	Appartements endommagés																		
	Sensibilité émotionnelle	Gérer les émotions des locataires et les conflits entre voisins; travail supplémentaire																		
	Comportements provocateurs	Accusations sans fondement des voisins; menaces physiques et verbales; imprévisibilité et perte de contrôle.																		
Manque de réseaux de soutien perçu par les locataires	Chercher la collaboration	Contacter la famille, les professionnels; informer les services sociaux																		
	Manque de considération	Ne pas être considéré comme un partenaire avec lequel coopérer; sentiment d'isolement; ambiguïté du rôle, impuissance et incertitude																		
de Girolamo et coll. 2014 Italie	Décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques des patients vivant dans 23 hébergements de type <i>Residential facilities</i> (RF)  Identifier les facteurs prédictifs au transfert lors du suivi après un an	403 résidents avec TGSM vivant en hébergement (n=403)  23 centres d'hébergement participant	<u>Residential Facilities</u> -hébergement des usagers avec besoins de soins de longue durée : -personnel 24/7 -ratio patient : personnel=1,42 -règles internes et liens avec les services sociaux - durée de séjour illimitée - règles strictes de fonctionnement	<u>Psychopatho</u> Échelle de mesure brève de psychiatrie (BPRS)  <u>Fonctionnement social</u> Échelle de mesure de performance sociale et personnelle (PSP) Échelle de mesure de la santé nationale (HONOS)  Mesures après 1 an	Différence à l'entrée dans l'étude des usagers transférés en logement vs ceux restés en hébergement  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variables</th> <th>Transférés vers logement autonome (n=55)</th> <th>Demeurés en hébergement (n=338)*</th> <th>p**</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durée moyenne de séjour en hébergement</td> <td>2,3 années ± 1,96</td> <td>4,6 années ± 5,8</td> <td>0,004</td> </tr> <tr> <td>Soutien disponible et effectif dans la dernière année</td> <td>28 (50,9 %)</td> <td>93 (27,7 %)</td> <td rowspan="2">0,001</td> </tr> <tr> <td>Absence de soutien social dans la dernière année</td> <td>27 (49,1 %)</td> <td>243 (72,3 %)</td> </tr> </tbody> </table> <p>*10 participants sont décédés avant la fin de l'étude</p>	Variables	Transférés vers logement autonome (n=55)	Demeurés en hébergement (n=338)*	p**	Durée moyenne de séjour en hébergement	2,3 années ± 1,96	4,6 années ± 5,8	0,004	Soutien disponible et effectif dans la dernière année	28 (50,9 %)	93 (27,7 %)	0,001	Absence de soutien social dans la dernière année	27 (49,1 %)	243 (72,3 %)
Variables	Transférés vers logement autonome (n=55)	Demeurés en hébergement (n=338)*	p**																	
Durée moyenne de séjour en hébergement	2,3 années ± 1,96	4,6 années ± 5,8	0,004																	
Soutien disponible et effectif dans la dernière année	28 (50,9 %)	93 (27,7 %)	0,001																	
Absence de soutien social dans la dernière année	27 (49,1 %)	243 (72,3 %)																		

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats																				
	Étude observationnelle analytique  Qualité méthodologique : 86 %		<p><u>Parmi les hébergements :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- activités pour développer les habiletés sociales</li> <li>- psychoéducation individuelle ou en groupe</li> <li>- formation pour le travail</li> <li>- 85 % permettent aux patients d'aller et venir de façon autonome</li> <li>- 40 % permettent aux patients d'aller à l'extérieur</li> <li>- 40 % permettent aux usagers de gérer leur argent</li> <li>- 40 % fixent l'heure du coucher et les portes de l'établissement sont verrouillées</li> </ul>	<p><u>Fonctionnement général</u> Niveau spécifique de fonctionnement (SLOF)</p> <p><u>Prédiction clinique</u> des psychiatres opinion du médecin sur les facilitateurs de transition (sur 1 an)</p>	<p>** Les valeurs de p &lt;0,05 signifient que la différence entre les deux groupes n'est pas due au hasard</p> <p>Les usagers qui ont transféré vers un logement autonome comparativement à ceux qui sont demeurés en hébergement avaient une durée de séjour en hébergement significativement plus courte.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Durée séjour en hébergement</th> <th>% des usagers (n=403)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 3 ans</td> <td>61 %</td> </tr> <tr> <td>3-6 ans</td> <td>19 %</td> </tr> <tr> <td>&gt; 6 ans</td> <td>20 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Moyenne : 4,2 ± 5,5 ans (médiane : 2,2 ans)</p> <p>Attente moyenne de 11 semaines pour avoir accès à l'hébergement</p>	Durée séjour en hébergement	% des usagers (n=403)	≤ 3 ans	61 %	3-6 ans	19 %	> 6 ans	20 %												
Durée séjour en hébergement	% des usagers (n=403)																								
≤ 3 ans	61 %																								
3-6 ans	19 %																								
> 6 ans	20 %																								
de Heer-Wunderink et coll. 2012 Pays-Bas	Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des utilisateurs de programmes en hébergements ( <i>supported housing</i> et <i>residential care</i> ) et en logement autonome ( <i>supported independant living</i> )	<p>Coordonnateurs répondant pour 534 utilisateurs de services (n=119)</p> <p>Utilisateurs services en hébergement (n=332)</p> <p>Utilisateurs de services en logement (n=202)</p>	<p>Le programme <i>Center for indications of care (CIC)</i> qui dirige les usagers vers le type de milieu de vie dans la communauté le plus approprié à leur état, incluant des milieux supervisés et des logements autonomes</p> <p><u>Hébergement :</u> <i>Supported Housing</i> et <i>Residential Care</i> Usagers avec TGSM qui a besoin d'un milieu de vie « protégé » ou d'être supervisé 24 h/24 h Hébergement dans le secteur public</p>	<p>Questionnaire pour les données sociodémographiques</p> <p>Données cliniques fournies par le coordonnateur de soins</p> <p>Évaluation des besoins : Camberwell Assessment of need short appraisal schedule (CANSAS)</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Activités</th> <th>Hébergement (n=332)</th> <th>Logement (n=202)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Centre de jour</td> <td>47 %</td> <td>32 %</td> <td>0,001</td> </tr> <tr> <td>Contact avec un ami dans la semaine précédente</td> <td>69 %</td> <td>80 %</td> <td>0,009</td> </tr> <tr> <td>Nombre moyen de besoins répondus/usager</td> <td>6,7</td> <td>5,5</td> <td>&lt;0,001</td> </tr> <tr> <td>Nombre moyen de besoins non-répondus/usager</td> <td>1,6</td> <td>1,8</td> <td>Non significatif</td> </tr> </tbody> </table> <p>La proportion d'usagers en hébergement fréquentant un centre de jour est + élevée que celle en logement. Une plus grande proportion d'usagers en logement a des contacts avec un ami.</p>	Activités	Hébergement (n=332)	Logement (n=202)	p	Centre de jour	47 %	32 %	0,001	Contact avec un ami dans la semaine précédente	69 %	80 %	0,009	Nombre moyen de besoins répondus/usager	6,7	5,5	<0,001	Nombre moyen de besoins non-répondus/usager	1,6	1,8	Non significatif
Activités	Hébergement (n=332)	Logement (n=202)	p																						
Centre de jour	47 %	32 %	0,001																						
Contact avec un ami dans la semaine précédente	69 %	80 %	0,009																						
Nombre moyen de besoins répondus/usager	6,7	5,5	<0,001																						
Nombre moyen de besoins non-répondus/usager	1,6	1,8	Non significatif																						

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats												
	<p>Étude observationnelle analytique transversale</p> <p>Qualité méthodologique : 86 %</p>		<p><u>Logement autonome</u> <i>Supported Independent Living</i> Usagers ayant des troubles de santé mentale de modérés à graves sans avoir besoin d'un milieu de vie protégé ou de supervision continue (24 h/24 h)</p> <p>Logement dans le secteur privé</p>		<p>La seule différence significative entre usagers en hébergement et ceux en logement est le nombre moyen total de besoins répondus, en faveur de l'hébergement.</p> <table border="1" data-bbox="1220 402 1709 581"> <thead> <tr> <th>Durée séjour</th> <th>Hébergement (n=332) n (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-4 ans</td> <td>163 (49 %)</td> </tr> <tr> <td>4-6 ans</td> <td>56 (17 %)</td> </tr> <tr> <td>&gt;6 ans</td> <td>113 (34 %)</td> </tr> </tbody> </table>	Durée séjour	Hébergement (n=332) n (%)	0-4 ans	163 (49 %)	4-6 ans	56 (17 %)	>6 ans	113 (34 %)				
Durée séjour	Hébergement (n=332) n (%)																
0-4 ans	163 (49 %)																
4-6 ans	56 (17 %)																
>6 ans	113 (34 %)																
<p>Hill et coll. 2010 Australie</p>	<p>Documenter le processus de transition vers un logement autonome pour les personnes atteintes de schizophrénie</p> <p>Étude observationnelle descriptive</p> <p>Qualité méthodologique : 80 %</p>	<p>Usagers ayant vécu une transition vers un logement autonome (n=7)</p>	<p>Non mentionné</p> <p>Trois usagers n'ont reçu aucun soutien des services de santé mentale pendant la transition</p>	<p>Entrevue semi-structurée</p>	<p>Identification de 3 processus ± simultanés de transition vers une vie en logement autonome selon le vécu des usagers :</p> <p>-Développer d'un sentiment de contrôle et d'appropriation. (ex. paiement des factures et exécution des tâches ménagères)</p> <p>-Établir une relation positive entre la maladie et l'habitation. La personne apprend comment son milieu peut la soutenir dans la gestion de sa maladie (ex. s'occuper d'un jardin permet d'oublier les symptômes.)</p> <p>-Développer un sentiment d'appartenance. Prise de contact et connaissance de son nouveau milieu de vie</p>												
<p>Killaspy et coll. 2016 Angleterre</p>	<p>Décrire les services de soutien en hébergement et en logement autonome</p> <p>Identifier la population qui les utilise</p> <p>Évaluer le coût des services</p>	<p>Personnes atteintes de TMSG utilisant des services de soutien pour leur hébergement (n=460)</p> <p>251 provenant de 35 hébergements de type <i>Supported Housing</i></p>	<p>Hébergement <i>Supported housing</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usager est locataire ou colocataire</li> <li>- Personnel sur place 24 h/24</li> <li>- Durée de séjour limitée</li> </ul> <p>Logement autonome (<i>Floating outreach</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Locataire de l'appartement</li> <li>- Durée illimitée</li> </ul>	<p>Entrevue individuelle avec questionnaires de ressources communautaires</p> <p><i>Camberwell Assessment of Needs Short Assessment Scale</i> (outil standardisé).</p>	<p>Dans les trois derniers mois :</p> <table border="1" data-bbox="1220 1122 1965 1398"> <thead> <tr> <th>Variables</th> <th>Hébergement (n=251)</th> <th>Logement (n=209)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre de besoins exprimés/utilisateur Moyenne (min.-max.)</td> <td>5 (3-8)</td> <td>9 (6-11)</td> </tr> <tr> <td>Besoins non répondus/utilisateur Moyenne (min.-max.)</td> <td>1 (0-2)</td> <td>1 (0-3)</td> </tr> <tr> <td>Satisfaction envers les services offerts (/10) moyenne (min.-max.)</td> <td>8,1 (6,9-9,3)</td> <td>8,6 (7,0-9,6)</td> </tr> </tbody> </table>	Variables	Hébergement (n=251)	Logement (n=209)	Nombre de besoins exprimés/utilisateur Moyenne (min.-max.)	5 (3-8)	9 (6-11)	Besoins non répondus/utilisateur Moyenne (min.-max.)	1 (0-2)	1 (0-3)	Satisfaction envers les services offerts (/10) moyenne (min.-max.)	8,1 (6,9-9,3)	8,6 (7,0-9,6)
Variables	Hébergement (n=251)	Logement (n=209)															
Nombre de besoins exprimés/utilisateur Moyenne (min.-max.)	5 (3-8)	9 (6-11)															
Besoins non répondus/utilisateur Moyenne (min.-max.)	1 (0-2)	1 (0-3)															
Satisfaction envers les services offerts (/10) moyenne (min.-max.)	8,1 (6,9-9,3)	8,6 (7,0-9,6)															

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats																																
	<p>Mesurer les bénéfices pour les usagers</p> <p>Étude observationnelle analytique transversale</p> <p>Qualité méthodologique : <b>86 %</b></p>	209 provenant de 30 logements autonomes de type <i>Floating Outreach</i>	Visite 1 fois/semaine ou plus du personnel pour soutien psychologique ou pratique dans le but de maintenir la personne dans son logement	<p><i>Client Assessment of Treatment Scale</i> (satisfaction envers les services; outil standardisé)</p> <p>Usagers ont fourni la fréquence de leurs contacts avec des professionnels</p>	<p>Il n'y a aucune différence significative entre les types de milieu de vie pour les besoins exprimés et non répondus dans les 3 derniers mois et pour la satisfaction envers les services offerts ni dans le nombre de jours d'hospitalisation dans les 12 derniers mois</p> <table border="1" data-bbox="1220 444 2003 810"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Professionnels</th> <th colspan="2">Nombre moyen de contacts dans les 3 derniers mois (moyenne ± écart-type)</th> </tr> <tr> <th>Hébergement (n=251)</th> <th>Logement (n=209)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coordonnateurs de soins</td> <td>4,8 ± 3,9</td> <td>4,5 ± 4,3</td> </tr> <tr> <td>Psychiatres</td> <td>1,5 ± 1,4</td> <td>1,4 ± 1,4</td> </tr> <tr> <td>Autres médecins</td> <td>3,0 ± 3,3</td> <td>3,2 ± 2,5</td> </tr> <tr> <td>Infirmières</td> <td>8,5 ± 9,3</td> <td>3,5 ± 2,2</td> </tr> <tr> <td>Psychologues</td> <td>5,2 ± 4,5</td> <td>5,3 ± 4,4</td> </tr> <tr> <td>Ergothérapeutes</td> <td>4,0 ± 3,1</td> <td>3,2 ± 3,6</td> </tr> <tr> <td>Travailleurs sociaux</td> <td>1,6 ± 0,8</td> <td>4,8 ± 5,2</td> </tr> <tr> <td>Conseillers en orientation</td> <td>7,2 ± 5,3</td> <td>4,9 ± 3,7</td> </tr> <tr> <td>Art-thérapeutes</td> <td>8,5 ± 8,5</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les fréquences d'utilisation des services spécifiques dans les deux milieux ne sont pas statistiquement différentes.</p>	Professionnels	Nombre moyen de contacts dans les 3 derniers mois (moyenne ± écart-type)		Hébergement (n=251)	Logement (n=209)	Coordonnateurs de soins	4,8 ± 3,9	4,5 ± 4,3	Psychiatres	1,5 ± 1,4	1,4 ± 1,4	Autres médecins	3,0 ± 3,3	3,2 ± 2,5	Infirmières	8,5 ± 9,3	3,5 ± 2,2	Psychologues	5,2 ± 4,5	5,3 ± 4,4	Ergothérapeutes	4,0 ± 3,1	3,2 ± 3,6	Travailleurs sociaux	1,6 ± 0,8	4,8 ± 5,2	Conseillers en orientation	7,2 ± 5,3	4,9 ± 3,7	Art-thérapeutes	8,5 ± 8,5	12
Professionnels	Nombre moyen de contacts dans les 3 derniers mois (moyenne ± écart-type)																																				
	Hébergement (n=251)	Logement (n=209)																																			
Coordonnateurs de soins	4,8 ± 3,9	4,5 ± 4,3																																			
Psychiatres	1,5 ± 1,4	1,4 ± 1,4																																			
Autres médecins	3,0 ± 3,3	3,2 ± 2,5																																			
Infirmières	8,5 ± 9,3	3,5 ± 2,2																																			
Psychologues	5,2 ± 4,5	5,3 ± 4,4																																			
Ergothérapeutes	4,0 ± 3,1	3,2 ± 3,6																																			
Travailleurs sociaux	1,6 ± 0,8	4,8 ± 5,2																																			
Conseillers en orientation	7,2 ± 5,3	4,9 ± 3,7																																			
Art-thérapeutes	8,5 ± 8,5	12																																			
Kloos et coll. 2002 États-Unis	<p>Concevoir un modèle impliquant les locataires pour améliorer le soutien en logement autonome et la vie en communauté des personnes avec TGSM</p> <p>Étude observationnelle descriptive</p> <p>Qualité méthodologique : 30 %</p>	Locataires (n=43)	<p>Programme de soutien au logement <i>Shelter Plus Care</i> du Connecticut utilisant le modèle général de logement autonome <i>Supported Housing Programs</i> :</p> <p>-Lieu et logement choisis par le locataire</p> <p>-Logement est près de la communauté</p> <p>-Disponibilité de services de soutien flexibles</p>	<p>Forum de discussion</p> <p>Rencontres trimestrielles de 2 h</p>	<table border="1" data-bbox="1220 883 2003 1411"> <tbody> <tr> <td>Pour les locataires</td> <td>-Perception d'un voisinage dangereux, non sécuritaire -Discrimination -Manque d'expériences positives -Ressources financières limitées=instabilité -Peu d'expérience pour gérer les AVD (ex : budget, utilisation des services publics, etc.) -Perception négative du propriétaire -Méconnaissance du rôle du propriétaire</td> </tr> <tr> <td>Pour les propriétaires/gestionnaires d'immeubles locatifs</td> <td>-Crainte envers la clientèle présentant un TGSM (enjeu de confidentialité) =&gt; information générale sur le profil de la clientèle -Mal informés sur la nature des incapacités de la clientèle -Se sentent isolés dans leurs efforts et souhaiteraient travailler avec des groupes communautaires -Ne savent pas comment agir pour être soutenant et comment travailler avec les représentants du programme en tant que propriétaire</td> </tr> <tr> <td>Pour les intervenants/gestionnaires de cas</td> <td>-Manque temps à consacrer au développement de relations entre l'utilisateur et le propriétaire ainsi que d'autres personnes qui pourraient apporter du soutien</td> </tr> </tbody> </table>	Pour les locataires	-Perception d'un voisinage dangereux, non sécuritaire -Discrimination -Manque d'expériences positives -Ressources financières limitées=instabilité -Peu d'expérience pour gérer les AVD (ex : budget, utilisation des services publics, etc.) -Perception négative du propriétaire -Méconnaissance du rôle du propriétaire	Pour les propriétaires/gestionnaires d'immeubles locatifs	-Crainte envers la clientèle présentant un TGSM (enjeu de confidentialité) => information générale sur le profil de la clientèle -Mal informés sur la nature des incapacités de la clientèle -Se sentent isolés dans leurs efforts et souhaiteraient travailler avec des groupes communautaires -Ne savent pas comment agir pour être soutenant et comment travailler avec les représentants du programme en tant que propriétaire	Pour les intervenants/gestionnaires de cas	-Manque temps à consacrer au développement de relations entre l'utilisateur et le propriétaire ainsi que d'autres personnes qui pourraient apporter du soutien																										
Pour les locataires	-Perception d'un voisinage dangereux, non sécuritaire -Discrimination -Manque d'expériences positives -Ressources financières limitées=instabilité -Peu d'expérience pour gérer les AVD (ex : budget, utilisation des services publics, etc.) -Perception négative du propriétaire -Méconnaissance du rôle du propriétaire																																				
Pour les propriétaires/gestionnaires d'immeubles locatifs	-Crainte envers la clientèle présentant un TGSM (enjeu de confidentialité) => information générale sur le profil de la clientèle -Mal informés sur la nature des incapacités de la clientèle -Se sentent isolés dans leurs efforts et souhaiteraient travailler avec des groupes communautaires -Ne savent pas comment agir pour être soutenant et comment travailler avec les représentants du programme en tant que propriétaire																																				
Pour les intervenants/gestionnaires de cas	-Manque temps à consacrer au développement de relations entre l'utilisateur et le propriétaire ainsi que d'autres personnes qui pourraient apporter du soutien																																				

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats
Manuel et coll. 2012 États-Unis	Documenter l'expérience de femmes avec TGSM vivant la transition à partir de résidences de transition ( <i>transitional residences</i> ) situées sur les terrains de deux instituts psychiatriques vers un hébergement ou un logement dans la communauté. Étude observationnelle descriptive Qualité méthodologique : 85 %	25 femmes TGSM avec antécédents d'itinérance  En attente d'un hébergement ou d'un logement dans la communauté	Modèle CTI ( <i>Critical Time Intervention</i> ), Un travailleur qui a préalablement établi une relation de confiance avec l'usager dispense des services après la transition ( <i>postdischarge</i> )	Entrevue de groupe semi-structurée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 % soulignent l'importance d'avoir accès à des services de soutien flexible et de l'assistance pour la gestion de leurs besoins en traitement et pour intégrer leur communauté (10/25 femmes). Par ex. : accès au transport public pour recevoir services, accès aux réseaux d'entraide, soutien par des lignes téléphoniques.</li> <li>• 28 % ont des relations sociales (7/25 femmes). Par ex. : contacts avec la famille, amis, entourage, être active dans la communauté</li> <li>• 24 % disent que visiter les lieux avant la transition pour connaître l'environnement physique et social est facilitant (où acheter la nourriture, où est la pharmacie, etc.) (6/25 femmes)</li> <li>• 40 % ont peur que le soutien pour les traitements soit insuffisant (10/25 femmes)</li> <li>• 36 % se disent préoccupées pour leur sécurité en se retrouvant seules dans leur nouvel environnement (peur des vols, des attaques, etc.) (9/25 femmes)</li> <li>• 32 % redoutent la stigmatisation en lien avec leur maladie mentale (8/25 femmes)</li> <li>• 28 % ont ressenti l'isolement social en perdant leur relation quotidienne avec le personnel soignant (7/25 femmes)</li> <li>• 24 % ont vécu avec des ressources financières limitées pour répondre à leurs besoins de base (nourriture, vêtements, logement) (6/25)</li> </ul>
Nath et coll. 2012 États-Unis	Mesurer les impacts du programme SIH offrant des services de gestion de cas et de soutien en logement autonome sur l'utilisation des services en soins de santé auprès de personnes ayant des TGSM	Personnes avec TGSM de 18 ans et plus et résidant dans un logement autonome depuis ≥6 mois (n=252)	<i>Supported Independent Housing (SIH)</i> :  -Logement indépendant -Subvention reçue pour loyer (coût assumé par le locataire ≤ 30 % de son revenu mensuel  -Accès aux services de l'une des 27 équipes de soutien résidentiel  -Services et compensations pour le loyer adaptés aux besoins du locataire	Entrevues utilisant :  Éléments reliés aux services utilisés dans le <i>Sondage national sur la santé et la nutrition (National Health and Nutrition Survey)</i> : -Urgence -Clinique -Médecin -Utilisation des services par les équipes de soutien local	

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats																																												
	Étude observationnelle analytique transversale  Qualité méthodologique : 95 %			<p>Éléments du <i>Sondage national pour l'utilisation des services de santé (National Health Interview Survey, NHIS)</i></p> <p>-Nombre de visites dans les 12 derniers mois chez le médecin généraliste pour différents problèmes de santé</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Caractéristiques du service</th> <th>% de participants (n)</th> <th>Nombre moyen de visites chez le médecin généraliste (déviatoin standard)</th> <th>% de visites expliquées par le type de service (Intervalle de confiance)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"><b>Rencontre avec un intervenant du programme</b></td> </tr> <tr> <td>≥ 1 rencontre/semaine</td> <td>72,2 (182)</td> <td>4,4 (4,6)</td> <td>11,7 (-17,5, 51,2)</td> </tr> <tr> <td>&lt; 1 rencontre/semaine</td> <td>27,9 (70)</td> <td>3,6 (3,9)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Gestionnaire de cas en santé mentale (GCSM)</b></td> </tr> <tr> <td>Oui</td> <td>49,5 (125)</td> <td>4,7 (4,9)</td> <td>32,7* (2,3, 72,4)</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>50,5 (127)</td> <td>3,6 (3,8)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>&lt; 1 rencontre/semaine</td> <td>14,8 (37) Référence</td> <td>3,5 (3,5)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>&lt; 1 rencontre/semaine +GCSM</td> <td>13,1 (33)</td> <td>3,8 (4,3)</td> <td>17,5 (-22,5, 77,9)</td> </tr> <tr> <td>≥ 1 rencontre/semaine</td> <td>35,7 (90)</td> <td>35,7 (3,9)</td> <td>1,9 (-33,6, 55,2)</td> </tr> <tr> <td>≥ 1 rencontre/semaine +GCSM</td> <td>36,4 (92)</td> <td>5,1 (5,1)</td> <td>38,1* (4,5, 82,5)</td> </tr> </tbody> </table> <p>*statistiquement significatif</p> <p>-Une majorité de participants (72,2 %) a des contacts ≥1x/semaine avec un intervenant du programme et près de la moitié des participants (49,5 %) utilisent le service de gestion de cas</p> <p>-L'utilisation du service de gestion de cas explique 32,7 % des visites chez le médecin</p> <p>-Les modalités de services les plus fréquentes sont l'utilisation de service ≥ 1x/semaine, jumelée ou non avec la gestion de cas</p> <p>-La gestion de cas jumelée avec une utilisation de service ≥ 1x/semaine explique 38,1 % de l'augmentation du nombre de visites chez le médecin généraliste</p>	Caractéristiques du service	% de participants (n)	Nombre moyen de visites chez le médecin généraliste (déviatoin standard)	% de visites expliquées par le type de service (Intervalle de confiance)	<b>Rencontre avec un intervenant du programme</b>				≥ 1 rencontre/semaine	72,2 (182)	4,4 (4,6)	11,7 (-17,5, 51,2)	< 1 rencontre/semaine	27,9 (70)	3,6 (3,9)		<b>Gestionnaire de cas en santé mentale (GCSM)</b>				Oui	49,5 (125)	4,7 (4,9)	32,7* (2,3, 72,4)	Non	50,5 (127)	3,6 (3,8)		< 1 rencontre/semaine	14,8 (37) Référence	3,5 (3,5)		< 1 rencontre/semaine +GCSM	13,1 (33)	3,8 (4,3)	17,5 (-22,5, 77,9)	≥ 1 rencontre/semaine	35,7 (90)	35,7 (3,9)	1,9 (-33,6, 55,2)	≥ 1 rencontre/semaine +GCSM	36,4 (92)	5,1 (5,1)	38,1* (4,5, 82,5)
Caractéristiques du service	% de participants (n)	Nombre moyen de visites chez le médecin généraliste (déviatoin standard)	% de visites expliquées par le type de service (Intervalle de confiance)																																														
<b>Rencontre avec un intervenant du programme</b>																																																	
≥ 1 rencontre/semaine	72,2 (182)	4,4 (4,6)	11,7 (-17,5, 51,2)																																														
< 1 rencontre/semaine	27,9 (70)	3,6 (3,9)																																															
<b>Gestionnaire de cas en santé mentale (GCSM)</b>																																																	
Oui	49,5 (125)	4,7 (4,9)	32,7* (2,3, 72,4)																																														
Non	50,5 (127)	3,6 (3,8)																																															
< 1 rencontre/semaine	14,8 (37) Référence	3,5 (3,5)																																															
< 1 rencontre/semaine +GCSM	13,1 (33)	3,8 (4,3)	17,5 (-22,5, 77,9)																																														
≥ 1 rencontre/semaine	35,7 (90)	35,7 (3,9)	1,9 (-33,6, 55,2)																																														
≥ 1 rencontre/semaine +GCSM	36,4 (92)	5,1 (5,1)	38,1* (4,5, 82,5)																																														

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats				
					Profil participation aux activités	Hébergement #1 n=162	Hébergement #2 n=175	Logement n=66	P*
Priebe et coll. 2009 Angleterre	Déterminer le profil des utilisateurs de services de soutien au logement, leurs besoins en services, leurs utilisations et le coût  Étude observationnelle analytique transversale  Qualité méthodologique : 77 %	Gestionnaires de services (n=153)	Résidence de groupe ( <i>Care Home</i> ) : -Personnel de nuit sur place -Services professionnels en santé mentale payés par le programme -Activités organisées (magasinage, jardinage, travail, etc.) -Sorties organisées	2 questionnaires élaborés pour l'étude :  -Profil des programmes et des hébergements/logement  -Profil sociodémographique des usagers	Profil participation aux activités	Hébergement #1 n=162	Hébergement #2 n=175	Logement n=66	P*
		403 usagers avec TGSM qui utilisent les services d'un programme de soutien au logement	Appartement supervisé ou subventionné ( <i>Supported Housing</i> ) : -Personnel de nuit sur place -Services professionnels en santé mentale payés par le programme -Activités organisées -Sorties organisées	-Profil des programmes et des hébergements/logement  -Profil sociodémographique des usagers	Taux moyen de participation aux activités communautaires	25 %	42 %	40 %	0,004
		Hébergement #1 : Résidence de groupe ( <i>Care Home</i> ) (n=162 usagers)	Logement autonome ( <i>Floating Support</i> ) : -Personnel de nuit sur place - Services professionnels en santé mentale payés par le programme -Activités organisées -Sorties organisées (35 %)	-Activités occupationnelles pratiquées  -Besoins répondus et non répondus des usagers en lien avec les services de soutien au logement  -Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (outil standardisé) pour les besoins de soins  -Client Service Receipt Inventory (outil standardisé, mais adapté) pour le type de services reçus	Taux moyen de participation à des activités non professionnelles	7 %	13 %	20 %	0,017
		Hébergement #2 : appartements supervisés ou subventionnés ( <i>Supported Housing</i> ) (n=175 usagers)			*niveau de significativité statistique de la différence entre les 3 milieux				
		Logement autonome ( <i>Floating Support</i> ) : (n=66 usagers)			Des différences significatives entre les 3 milieux sont observées pour le taux de participation aux activités communautaires et les taux de participation à des activités non professionnelles				
					*niveau de significativité statistique de la différence entre les trois milieux				
					<b>Profil d'utilisation des soins de santé</b>	Hébergement #1 n=162	Hébergement #2 n=175	Logement n=66	P*
					Taux de personnes ayant reçu des soins en lien avec la médication	99 %	92 %	97 %	0,006
					Taux de personnes ayant reçu des soins donnés par le gestionnaire de cas	45 %	58 %	51 %	0,050
					Moyenne du nombre de consultations avec un médecin généraliste	1,53	3,55	1,82	0,011
					Moyenne du nombre de consultations avec l'infirmière communautaire en soins psychiatriques	1,06	3,11	1,78	<0,001
					La comparaison des trois milieux montre des différences significatives pour les soins en lien avec la médication et les soins donnés par le gestionnaire de cas. Des différences significatives sont aussi observées pour le nombre de consultations auprès du médecin et de l'infirmière communautaire.				



Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats																																																																											
					<p>Participants ayant reçu des services dans les trois derniers mois</p> <table border="1" data-bbox="1220 342 2007 716"> <thead> <tr> <th>Soutien reçu</th> <th>Hébergement #1 n=162</th> <th>Hébergement #2 n=175</th> <th>Logement n=66</th> <th>p*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Soins personnels</td> <td>69 %</td> <td>66 %</td> <td>43 %</td> <td>0,002</td> </tr> <tr> <td>S'habiller</td> <td>45 %</td> <td>70 %</td> <td>78 %</td> <td>0,001</td> </tr> <tr> <td>Cuisiner</td> <td>75 %</td> <td>72 %</td> <td>50 %</td> <td>0,004</td> </tr> <tr> <td>Lessive</td> <td>72 %</td> <td>59 %</td> <td>42 %</td> <td>&lt;0,001</td> </tr> <tr> <td>Ménage</td> <td>87 %</td> <td>82 %</td> <td>77 %</td> <td>0,037</td> </tr> <tr> <td>Payer les factures</td> <td>50 %</td> <td>58 %</td> <td>65 %</td> <td>0,296</td> </tr> <tr> <td>Faire un budget</td> <td>66 %</td> <td>70 %</td> <td>72 %</td> <td>0,764</td> </tr> </tbody> </table> <p>*niveau de significativité statistique de la différence entre les trois milieux</p> <p>Des différences significatives entre les trois milieux sont observées pour le % d'utilisateurs ayant reçu du soutien pour leurs soins personnels, s'habiller, cuisiner, faire la lessive et le ménage.</p> <p>Besoins répondus et non répondus dans le dernier mois</p> <table border="1" data-bbox="1220 911 2007 1406"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hébergement #1 n=162</th> <th>Hébergement #2 n=175</th> <th>Logement n=66</th> <th>p*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moyenne du nombre total de besoins répondus</td> <td>5,8</td> <td>4,4</td> <td>4,5</td> <td>&lt;0,001</td> </tr> <tr> <td>Moyenne du nombre total de besoins non répondus</td> <td>3,1</td> <td>3,1</td> <td>3,0</td> <td>0,0993</td> </tr> <tr> <td>Besoins AVQ répondus</td> <td>1,4</td> <td>0,8</td> <td>0,7</td> <td>&lt;0,001</td> </tr> <tr> <td>Besoins AVQ non répondus</td> <td>0,5</td> <td>0,5</td> <td>0,5</td> <td>0,984</td> </tr> <tr> <td>Besoins en santé mentale répondus</td> <td>2,6</td> <td>2,1</td> <td>2,4</td> <td>0,004</td> </tr> <tr> <td>Besoins en santé mentale non répondus</td> <td>0,9</td> <td>0,9</td> <td>0,7</td> <td>0,682</td> </tr> </tbody> </table>	Soutien reçu	Hébergement #1 n=162	Hébergement #2 n=175	Logement n=66	p*	Soins personnels	69 %	66 %	43 %	0,002	S'habiller	45 %	70 %	78 %	0,001	Cuisiner	75 %	72 %	50 %	0,004	Lessive	72 %	59 %	42 %	<0,001	Ménage	87 %	82 %	77 %	0,037	Payer les factures	50 %	58 %	65 %	0,296	Faire un budget	66 %	70 %	72 %	0,764		Hébergement #1 n=162	Hébergement #2 n=175	Logement n=66	p*	Moyenne du nombre total de besoins répondus	5,8	4,4	4,5	<0,001	Moyenne du nombre total de besoins non répondus	3,1	3,1	3,0	0,0993	Besoins AVQ répondus	1,4	0,8	0,7	<0,001	Besoins AVQ non répondus	0,5	0,5	0,5	0,984	Besoins en santé mentale répondus	2,6	2,1	2,4	0,004	Besoins en santé mentale non répondus	0,9	0,9	0,7	0,682
Soutien reçu	Hébergement #1 n=162	Hébergement #2 n=175	Logement n=66	p*																																																																												
Soins personnels	69 %	66 %	43 %	0,002																																																																												
S'habiller	45 %	70 %	78 %	0,001																																																																												
Cuisiner	75 %	72 %	50 %	0,004																																																																												
Lessive	72 %	59 %	42 %	<0,001																																																																												
Ménage	87 %	82 %	77 %	0,037																																																																												
Payer les factures	50 %	58 %	65 %	0,296																																																																												
Faire un budget	66 %	70 %	72 %	0,764																																																																												
	Hébergement #1 n=162	Hébergement #2 n=175	Logement n=66	p*																																																																												
Moyenne du nombre total de besoins répondus	5,8	4,4	4,5	<0,001																																																																												
Moyenne du nombre total de besoins non répondus	3,1	3,1	3,0	0,0993																																																																												
Besoins AVQ répondus	1,4	0,8	0,7	<0,001																																																																												
Besoins AVQ non répondus	0,5	0,5	0,5	0,984																																																																												
Besoins en santé mentale répondus	2,6	2,1	2,4	0,004																																																																												
Besoins en santé mentale non répondus	0,9	0,9	0,7	0,682																																																																												

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats
					<p>La comparaison des trois milieux montre que la moyenne du nombre de besoins répondus est significativement différente pour l'ensemble des besoins, pour les AVQ, pour les soins en santé mentale et pour la réhabilitation. Cependant, aucune différence significative n'est observée pour les besoins non répondus.</p> <p><b>DURÉE DE SÉJOUR</b>  Hébergement #1 = 54,7 mois  Hébergement #2 = 44,8 mois  Logement autonome = 46,1 mois</p>
Rambarran 2013 Angleterre	<p>Explorer le point de vue de l'utilisateur et impact d'une relocalisation vers son quartier d'origine (<i>highly supported accommodation</i>) à l'intérieur du programme OAT' (<i>out-of-area treatment</i>)</p> <p>Étude observationnelle descriptive</p> <p>Qualité méthodologique : 80 %</p>	<p>Usagers ayant participé au programme OAT' (n=7)</p> <p>De ces usagers, 3 ont été relocalisés dans un logement autonome</p>	<p>Programme OAT' (<i>Out of Area treatment</i>)  -Relocalisation des usagers dans leurs régions d'origine  -Soutien moins restrictif.</p>	Entrevue semi-structurée (moyenne de 45 minutes)	<p><b>FACILITATEURS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une plus grande autonomie (n=3)</li> <li>• Se rapprocher la famille, de la maison (n=2)</li> <li>• Retourner dans un environnement familial (n=2)</li> <li>• Mauvaise expérience dans le logement précédent (n=1)</li> <li>• Avoir une relation de confiance avec les intervenants (n=1)</li> </ul> <p><b>OBSTACLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombreuses expériences de discrimination par les personnes de leur quartier (n=3)</li> <li>• Crainte de la vie indépendante qui engendre de l'anxiété (n=1)</li> </ul> <p><b>IMPACTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de l'inclusion sociale (n=3)</li> <li>• Renforcement des rôles sociaux, des forces et des aspirations (n=2)</li> </ul>

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats
Shepherd et coll. 2014 Australie	Identifier les difficultés des travailleurs de soutien psychiatrique à domicile auprès des clients TGSM  Étude observationnelle descriptive  Qualité méthodologique : 85 %	Travailleurs de soutien (n=27)	Programme de soutien au logement ( <i>Housing and Support Program</i> ).  Dans le cadre de ce programme, le gouvernement a financé des organismes non gouvernementaux pour fournir du soutien non clinique aux usagers en logement autonome. (travailleurs de soutien)	Entrevue semi-structurées de 30 à 60 minutes.	Défis rencontrés par les travailleurs de soutien :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viser le juste équilibre entre la prise en charge et la promotion de l'autonomie de l'utilisateur (tâches ménagères, implication citoyenne, identification d'objectifs)</li> <li>• Développer une relation de travail efficace avec l'utilisateur (délimiter l'amitié et le travail, gérer les comportements difficiles)</li> </ul>
Tiderrington 2017 États-Unis	Documenter les pratiques ainsi que les obstacles rencontrés par les intervenants impliqués dans les programmes de logements auprès personnes avec des TGSM  Étude observationnelle descriptive  Qualité méthodologique : 90 %	Intervenants offrant des services directs de soutien au logement aux usagers avec TGSM  (n=35)	<b><u>Transitional Housing Program (TRANS):</u></b> Axé sur le développement de l'indépendance et l'atteinte des buts que l'utilisateur s'est fixés. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée de séjour de 24 mois maximum</li> <li>- Transition abordée après 12 mois</li> <li>- Développement des habiletés par la pratique des tâches et AVQ</li> <li>- Fait connaître à l'utilisateur le réseau de ressources médicales et communautaires</li> <li>- Préparation à une vie plus autonome</li> </ul>	T1 : à l'entrée des usagers dans le programme  T2 : à 6 mois dans le programme  T3 : jusqu'à 18 mois ou jusqu'à la sortie de l'utilisateur du programme  Observation terrain (106 h)	FACILITATEURS  <b>Programme TRANS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Préparation des usagers à l'autonomie par l'apprentissage de compétences dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD)</li> <li>-Règles strictes pour motiver les usagers à quitter l'hébergement</li> <li>-Limite de deux ans pour amener les usagers à transiter motive les intervenants</li> <li>-La formation des usagers est essentielle pour les amener à un logement permanent</li> </ul>

Auteurs Année Pays	Objectifs Design Qualité	Population	Intervention/ programme	Mesures	Résultats												
			<p><b><u>Permanent Housing Program (PERM)</u></b> : Axé sur la stabilité et le maintien de l'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée de séjour illimitée</li> <li>- Tolérance envers certains comportements plus à risque</li> <li>- Soutien passif et sans jugement</li> <li>- Responsabilisation des usagers</li> </ul>	Entrevues semi-structurées	<p>OBSTACLES</p> <table border="1" data-bbox="1220 363 1997 602"> <tr> <td data-bbox="1220 363 1335 435">TRANS</td> <td data-bbox="1335 363 1997 435">-Temps limite de deux ans pour amener l'usager à l'étape du logement entraîne une certaine pression sur les intervenants</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1220 435 1335 602">PERM</td> <td data-bbox="1335 435 1997 602">           -Les usagers manquent de soutien concret et de formation pour développer leurs compétences             -Le programme a des moyens limités pour procurer aux usagers un logement abordable à l'extérieur du système de santé mentale et du programme d'hébergement.         </td> </tr> </table>	TRANS	-Temps limite de deux ans pour amener l'usager à l'étape du logement entraîne une certaine pression sur les intervenants	PERM	-Les usagers manquent de soutien concret et de formation pour développer leurs compétences  -Le programme a des moyens limités pour procurer aux usagers un logement abordable à l'extérieur du système de santé mentale et du programme d'hébergement.								
TRANS	-Temps limite de deux ans pour amener l'usager à l'étape du logement entraîne une certaine pression sur les intervenants																
PERM	-Les usagers manquent de soutien concret et de formation pour développer leurs compétences  -Le programme a des moyens limités pour procurer aux usagers un logement abordable à l'extérieur du système de santé mentale et du programme d'hébergement.																
Zubritsky et coll.  2013  États-Unis	<p>Évaluer si le type et la quantité des services fournis par <i>Community Continuum of Care Program (PCCC)</i> sont efficaces pour améliorer les résultats en matière de logement, d'emploi et de santé mentale au fil du temps.</p> <p>Étude observationnelle analytique</p> <p>Qualité méthodologique : 86 %</p>	Participants au programme avec TGSM (n=1 154)	<p>Le <b><i>Community Continuum of Care program (PCCC)</i></b> est fourni aux usagers par différentes agences. Ces agences offrent un service de base identique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Services disponibles 8-12 h/j</li> <li>-Clinicien disponible 24 h/7</li> <li>-Traitement de santé mentale,</li> <li>- Aide au logement</li> <li>- Aide à l'emploi</li> <li>- Services médicaux généraux</li> <li>- Réadaptation psychiatrique</li> </ul> <p>La flexibilité du PCCC permet à un usager de recevoir différents types de services de différente intensité.</p>	<p>-Données du dossier patient pour les caractéristiques sociodémographiques</p> <p>-Données annuelles officielles collectées par le directeur de programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-LOCUS pour le niveau d'utilisation des services</li> <li>-GAF pour le fonctionnement global</li> <li>-Utilisation de drogues et d'alcool</li> <li>-Stabilité résidentielle</li> </ul> <p>Mesures à l'entrée et 12 mois plus tard</p>	<p>Participants ayant transité d'un hébergement vers un logement</p> <table border="1" data-bbox="1220 773 2007 1011"> <thead> <tr> <th data-bbox="1220 773 1409 862"></th> <th data-bbox="1409 773 1707 862">Entrée dans le programme n (%)</th> <th data-bbox="1707 773 1915 862">Après 12 mois n (%)</th> <th data-bbox="1915 773 2007 862">p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1220 862 1409 935">Vit en logement</td> <td data-bbox="1409 862 1707 935">871 (75,5%)</td> <td data-bbox="1707 862 1915 935">899 (77,9%)</td> <td data-bbox="1915 862 2007 935">&lt;0,05</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1220 935 1409 1011">Vit en hébergement</td> <td data-bbox="1409 935 1707 1011">283 (24,5 %)</td> <td data-bbox="1707 935 1915 1011">255 (22,1 %)</td> <td data-bbox="1915 935 2007 1011"></td> </tr> </tbody> </table> <p>Après leur participation au programme, 28 participants (2,4 %) ont transité vers un logement autonome. Ce résultat est statistiquement significatif.</p>		Entrée dans le programme n (%)	Après 12 mois n (%)	p	Vit en logement	871 (75,5%)	899 (77,9%)	<0,05	Vit en hébergement	283 (24,5 %)	255 (22,1 %)	
	Entrée dans le programme n (%)	Après 12 mois n (%)	p														
Vit en logement	871 (75,5%)	899 (77,9%)	<0,05														
Vit en hébergement	283 (24,5 %)	255 (22,1 %)															

## Annexe 4. Conditions favorables à la transition en logement autonome

		ÉTUDES													NOMBRE D'ÉTUDES
		Aubry 2015	Bengtsson-Tops, 2015	de Girolamo, 2014	de Heer-Wunderink, 2012	Hill, 2010	Killaspy, 2016	Kloos, 2002	Manuel, 2012	Nath, 2012	Priebe, 2009	Rambairan, 2013	Shepherd, 2014	Tidington, 2017	
Conditions communautaires	<b>Pour l'utilisateur</b> : avoir du soutien social disponible et effectif			√				√				√			3
	<b>Pour l'utilisateur</b> : locateur disponible et à l'écoute		√												1
	<b>Pour l'utilisateur</b> : participation à un programme offrant du soutien, des soins et des services													√	1
	<b>Pour l'utilisateur</b> : relation de confiance avec l'intervenant											√			1
	<b>Pour l'utilisateur</b> : accès et disponibilité des soins et services flexibles							√							1
	<b>Pour l'intervenant</b> : règles strictes pour motiver l'utilisateur à quitter l'hébergement transitionnel												√		1
	<b>Pour l'intervenant</b> : rendre certains aspects du programme peu attrayants pour motiver l'utilisateur à quitter l'hébergement transitionnel												√		1
	<b>Pour le locateur</b> : participation de l'utilisateur à un programme de soutien au logement	√													1

		ÉTUDES													NOMBRE D'ÉTUDES	
		Aubry 2015	Bengtsson-Tops, 2015	de Girolamo, 2014	de Heer-Wunderink, 2012	Hill, 2010	Killaspay, 2016	Kloos, 2002	Manuel, 2012	Nath, 2012	Priebe, 2009	Rambarran, 2013	Shepherd, 2014	Tiderington, 2017		Zubritsky, 2013
<b>Conditions personnelles</b>	<b>Pour l'utilisateur</b> : espérer une plus grande autonomie											√				1
	<b>Pour l'utilisateur</b> : apprentissage de compétences dans les AVQ et AVD													√		1
	<b>Pour l'utilisateur</b> : connaître l'environnement avant la transition							√				√				2
	<b>Pour l'intervenant</b> : motivation par l'imposition d'un délai pour amener l'utilisateur à transiter vers un logement autonome													√		1
	<b>Pour le locateur</b> : raison sociale (volonté d'aider, empathie)	√	√													2
	<b>Pour le locateur</b> : perception positive de la clientèle	√														1
	<b>Pour le locateur</b> : éducation concernant la clientèle avec TGSM							√								1

## Annexe 5. Conditions défavorables à la transition en logement autonome

		ÉTUDES													NOMBRE D'ÉTUDES		
		Aubry, 2015	Bengtsson-Tops, 2015	de Girolamo, 2014	de Heer-Wunderink, 2012	Hill, 2010	Killaspay, 2016	Kloos, 2002	Manuel, 2012	Nath, 2012	Priebe, 2009	Rambarran, 2013	Shepherd, 2014	Tiderington, 2017		Zubritsky, 2013	
<b>Conditions communautaires</b>	<b>Pour l'intervenant</b> : trouver un juste équilibre entre la prise en charge et l'autonomie de l'utilisateur, développer une relation de travail efficace												✓			1	
	<b>Pour l'intervenant</b> : peu de temps et de moyen pour aider l'utilisateur dans sa transition							✓						✓		2	
	<b>Pour le locateur</b> : confusion dans ses rôles et responsabilités envers l'utilisateur	✓	✓														3
	<b>Pour le locateur</b> : manque de collaboration et de communication entre les systèmes (intervenants, locataires, locateurs, familles, services sociaux)	✓	✓														3
	<b>Pour le locateur</b> : confrontation à des circonstances difficiles en raison des troubles de santé mentale du locataire	✓	✓														3

		ÉTUDES													NOMBRE D'ÉTUDES		
		Aubry 2015	Bengtsson-Tops, 2015	de Girolamo, 2014	de Heer-Wunderink, 2012	Hill, 2010	Killaspy, 2016	Kloos, 2002	Manuel, 2012	Nath, 2012	Priebe, 2009	Rambarran, 2013	Shepherd, 2014	Tiderington, 2017		Zubritsky, 2013	
<b>Conditions personnelles</b>	<b>Pour l'utilisateur</b> : craintes de stigmatisation en lien avec la maladie mentale							√	√				√				3
	<b>Pour l'utilisateur</b> : appréhensions de la vie autonome							√	√				√				3
	<b>Pour l'utilisateur</b> : ressources financières limitées							√	√								2
	<b>Pour l'utilisateur</b> : manque de formation et de compétences pour gérer les AVQ et AVD							√						√			2
	<b>Pour le locataire</b> : perception négative des locataires avec TGSM							√									1



## Annexe 6. Impacts de la transition en logement autonome

		ÉTUDES													NOMBRE D'ÉTUDES		
		Aubry 2015	Bengtsson-Tops, 2015	de Girolamo, 2014	de Heer-Wunderink, 2012	Hill, 2010	Killaspay, 2016	Kloos, 2002	Manuel, 2012	Nath, 2012	Priebe, 2009	Rambarran, 2013	Shepherd, 2014	Tiderington, 2017		Zubritsky, 2013	
<b>Maîtrise des habiletés nécessaires à la vie autonome</b>	Développement d'un sentiment de contrôle et d'appropriation					√											1
	Établissement d'une relation positive entre la maladie et le milieu de vie					√											1
	Amélioration de l'inclusion sociale											√					1
	Fréquentation d'un centre de jour significativement plus faible pour les usagers en logement autonome par rapport à l'hébergement				√												1
	Contact avec un ami dans la dernière semaine est significativement plus élevé pour les usagers en logement autonome par rapport à ceux vivant en hébergement				√												1
<b>Reformulation de l'identité</b>	Développement d'un sentiment d'appartenance					√											1
	Renforcement des rôles sociaux											√					1
<b>Recherche et utilisation de soins et services</b>	Aucune différence significative entre les milieux de vie (hébergement vs logement autonome) pour les besoins exprimés et non répondus				√		√										2
	Aucune différence significative entre les milieux de vie dans les fréquences d'utilisation de services spécifiques (médecins, psychologues, travailleurs sociaux et autres)						√										1

		ÉTUDES													NOMBRE D'ÉTUDES		
		Aubry 2015	Bengtsson-Tops, 2015	de Girolamo, 2014	de Heer-Wunderink, 2012	Hill, 2010	Killiaspy, 2016	Kloos, 2002	Manuel, 2012	Nath, 2012	Priebe, 2009	Rambarran, 2013	Shepherd, 2014	Tiderington, 2017		Zubritsky, 2013	
	Augmentation du nombre de visites chez le médecin										✓						
	Changements significatifs des taux moyens de participation aux activités communautaires et non professionnelles lorsque trois milieux de vie sont comparés (résidences de groupe, appartements supervisés, logements)											✓					
	Différences significatives du nombre de consultations auprès du médecin et de l'infirmière communautaire (résidences de groupe, appartements supervisés et logements)											✓					
	Différences significatives dans les proportions de participants ayant reçu des services dans les trois derniers mois (résidences de groupe, appartements supervisés et logements)											✓					
	La moyenne du nombre de besoins répondus est significativement différente entre les trois milieux, mais les besoins non répondus ne montrent aucune différence significative											✓					

## Références

---

### Études Retenues :

- Aubry, T., Cherner, R., Ecker, J., Jetté, J., Rae, J., Yamin, S., . . . McWilliams, N. (2015). Perceptions of Private Market Landlords Who Rent to Tenants of a Housing First Program. *American Journal of Community Psychology, 55*(3-4), 292-303. doi: 10.1007/s10464-015-9714-2
- Bengtsson-Tops, A. et Hansson, L. (2014). Landlords' Experiences of Housing Tenants Suffering from Severe Mental Illness: A Swedish Empirical Study. *Community Mental Health Journal, 50*(1), 111-119. doi: 10.1007/s10597-013-9596-4
- de Girolamo, G., Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Boero, M., Giobbio, G., . . . Rossi, G. (2014). Is psychiatric residential facility discharge possible and predictable? A multivariate analytical approach applied to a prospective study in Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(1), 157-167. doi: 10.1007/s00127-013-0705-z
- de Heer-Wunderink, C., Visser, E., Caro-Nienhuis, A., Sytema, S. et Wiersma, D. (2012). Supported Housing and Supported Independent Living in the Netherlands, with a Comparison with England. *Community Mental Health Journal, 48*(3), 321-327. doi: 10.1007/s10597-011-9381-1
- Hill, A., Mayes, R. et McConnell, D. (2010). Transition to Independent Accommodation for Adults with Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 33*(3), 228-231. doi: 10.2975/33.3.2010.228.231
- Killaspy, H., Priebe, S., Bremner, S., McCrone, P., Dowling, S., Harrison, I., . . . King, M. (2016). Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: a national survey. *The Lancet Psychiatry, 3*(12), 1129-1137. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30327-3
- Kloos, B., Scrimenti, K., Masson, N., Zimmerman, S. O., Davis, B. A. et Snow, D. L. (2002). Developing a tenant organization as a resource for supported housing. *Community psychology and the economics of mental health: Global perspectives, 206-221*.
- Manuel, J., Hinterland, K., Conover, S. et Herman, D. (2012). "I Hope I Can Make it Out There": Perceptions of Women with Severe Mental Illness on the Transition from Hospital to Community. *Community Mental Health Journal, 48*(3), 302-308. doi: 10.1007/s10597-011-9442-5
- Nath, S. B., Wong, Y.-L. I., Marcus, S. C. et Solomon, P. (2012). Predictors of Health Services Utilization among Persons with Psychiatric Disabilities Engaged in Supported Independent Housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(4), 315-323. doi: 10.2975/35.4.2012.315.323
- Priebe, S., Saidi, M., Want, A., Mangalore, R. et Knapp, M. (2009). Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(10), 805-814. doi: 10.1007/s00127-009-0001-0

- Rambarran, D. D. (2013). Relocating from out-of-area treatments: service users' perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 696-704. doi: 10.1111/jpm.12003
- Shepherd, N., Meehan, T. et Humphries, S. (2014). Supporting recovery: challenges for in-home psychiatric support workers. *Mental Health Review Journal*, 19(2), 73-83.
- Tiderington, E. (2017). "We always think you're here permanently": the paradox of "permanent" housing and other barriers to recovery-oriented practice in supportive housing services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(1), 103-114.
- Zubritsky, C., Rothbard, A. B., Dettwyler, S., Kramer, S. et Chhatre, S. (2013). Evaluating the effectiveness of an integrated community continuum of care program for individuals with serious mental illness. *Journal of Mental Health*, 2013, Vol.22(1), p. 12-21, 22(1), 12-21. doi: 10.3109/09638237.2012.670882

#### **Autres références :**

- ACMTS (2014). *Matière grise: un outil pratique de recherche approfondie du web au service de la médecine factuelle*. Canada: agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.
- ASSSM, A. d., I. Sedssd M. (2009). *La transformation des services en santé mentale, Les services résidentiels, La force des liens* (n° ISBN 978-2-89510-589-3). Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à [https://publications.santemontreal.gc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/isbn978-2-89510-589-3.pdf](https://publications.santemontreal.gc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89510-589-3.pdf)
- Chick, N. et Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern.
- Côté, R. (2016). *Gestion clinico-administrative responsable des places en milieu d'hébergement, pour les personnes souffrant d'un trouble mental*. (Séminaire d'intégration des apprentissages en administration publique, Université de l'administration publique du Québec (ENAP)).
- Couture, M. (2011, 7 septembre 2015). L'évaluation de la crédibilité des documents en ligne. Repéré 2011
- Fakhoury, W. K., Murray, A., Shepherd, G. et Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(7), 301-315. doi: 10.1007/s00127-002-0549-4
- Felx, A. (2015). Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental: développement d'un modèle et d'un instrument de mesure.
- Gaetz, S., Scott, F. et Gulliver, T. (2013). *L'approche Logement d'abord au Canada: Appuyer les collectivités pour mettre fin à l'itinérance*: Toronto: Canadian Homelessness Research Network Press. Récupéré sur le site <http://homelesshub.ca/sites/default/files/HFCanada-French.pdf>.
- Kmet, L. M., Lee, R. C. et Cook, L. S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. Ebook  
<https://taskurun.files.wordpress.com>
- MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale* (n° 2-550-40034-8). Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001321/>
- MSSS (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Faire ensemble et autrement* (n° 978-2-550-79699-2). Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>
- Nelson, G. et Laurier, W. (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *J. Soc. & Soc. Welfare*, 37, 123.
- Perron, O. et Roy, C. (2007). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social: une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Richter, D. et Hoffmann, H. (2017). Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 136(3), 269-279. doi: 10.1111/acps.12765
- Samson, D. et Schoelles, K. M. (2012). Developing the topic and structuring systematic reviews of medical tests: utility of PICOTS, analytic frameworks, decision trees, and other frameworks.
- Schumacher, K. L. et Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Vincent, K. et Morin, P. (2010). Le logement subventionné dans le cadre du programme de supplément au loyer dans le secteur privé à but lucratif avec suivi dans la communauté. *Coalition pour le développement du logement social*.



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale

Québec

