RAPPORT DE RECHERCHE

OPTIONS DE LOGEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES OU ATTEINTES D'UNE MALADIE CHRONIQUE AYANT RECOURS AUX REFUGES POUR SANS-ABRI

SCHL CMHC

AU COEUR DE L'HABITATION

Canada

SCHL—AU CŒUR DE L'HABITATION

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) est l'organisme fédéral responsable de l'habitation. Elle aide les Canadiens à avoir accès à un vaste choix de logements de qualité, à prix abordable.

Le Programme d'assurance prêt hypothécaire de la SCHL a aidé de nombreux Canadiens à réaliser leur rêve de posséder une maison. La SCHL offre une aide financière pour que les Canadiens les plus démunis puissent se procurer un logement convenable, à prix abordable. Par l'entremise de ses activités de recherche, la SCHL stimule l'innovation dans les domaines suivants:conception des habitations, technologie du bâtiment, urbanisme, options de logement et financement. La SCHL s'associe également avec le secteur de l'habitation et les autres membres d'Équipe Canada afin de vendre les produits et le savoir-faire canadiens sur les marchés étrangers et, ainsi, de créer des emplois ici-même, au pays.

La SCHL offre aux consommateurs et aux membres du secteur de l'habitation une vaste gamme de produits d'information susceptibles de les aider à prendre des décisions éclairées concernant leurs achats ou leurs affaires. Avec la plus vaste gamme d'information sur l'habitation et les logements au Canada, la SCHL est le plus important diffuseur d'information sur l'habitation au pays.

Par ses activités, la SCHL contribue à l'amélioration de la qualité de vie des Canadiens, dans toutes les collectivités du pays. Elle les aide à vivre dans des maisons sûres à tout point de vue. Elle est vraiment «au cœur de l'habitation».

Les Canadiens peuvent se procurer l'information diffusée par la SCHL dans différents points de vente et dans ses bureaux régionaux.

Vous pouvez aussi communiquer avec nous par téléphone : 1 800 668-2642
(à l'extérieur du Canada : 613 748-2003)
ou par télécopieur : 1 800 245-9274
(à l'extérieur du Canada : 613 748-2016)

Pour nous joindre en direct, visitez notre page d'accueil à l'adresse suivante : www.schl.ca

La Société canadienne d'hypothèques et de logement souscrit à la politique du gouvernement fédéral sur l'accès des personnes handicapées à l'information. Si vous désirez obtenir la présente publication sur des supports de substitution, composez le 1 800 668-2642.

OPTIONS DE LOGEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES OU ATTEINTES D'UNE MALADIE CHRONIQUE AYANT RECOURS AUX REFUGES POUR SANS-ABRI

N° de dossier 6530-62 de la SCHL

RAPPORT FINAL

Présenté à :

Anna Lenk
Division de la recherche
Société canadienne d'hypothèques et de logement
Bureau national
700, chemin de Montréal
Ottawa (Ontario) K1A 0P7

par

Luba Serge
Consultante en matière de logement
3668, de Mentana
Montréal (Québec) H2L 3R3

et

Nancy Gnaedinger
Consultante en gérontologie
2705 Arbutus Road
Victoria BC V8N 1W8

23 juin 2003

Résumé

La présente étude nationale, réalisée pour le compte de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, examine les problèmes liés aux personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique ayant recours aux refuges pour sans-abri et propose des solutions.

Les principales questions de recherche ayant orienté l'étude sont les suivantes :

- Pourquoi est-ce que des personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique vivent dans des refuges pour sans-abri?
- De quels soins de longue durée en établissement ont-elles besoin?
- Quels sont les obstacles limitant leur accès aux soins de longue durée et comment peut-on réduire ces obstacles, voire les éliminer?
- Quelles stratégies élaborées au Canada répondent aux besoins de cette population?

L'étude a été exécutée en trois étapes. Premièrement, une analyse documentaire d'envergure internationale et une enquête préparatoire auprès de réseaux de professionnels ont permis de déterminer les problèmes fondamentaux. Deuxièmement, des entrevues ont été réalisées auprès d'informateurs-clés, c'est-à-dire des fournisseurs de soins de longue durée, de services de coordination de placement, de refuges d'urgence et de soins de longue durée à l'intérieur du réseau des refuges d'urgence. Troisièmement, 13 études de cas répondant aux besoins des personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique ayant recours aux refuges pour sans-abri ont été effectuées.

Dans le cadre de cette recherche, on qualifie de « sans-abri » les itinérants les plus démunis, réels ou visibles et de « personne âgée » ou d'« aîné » toute personne de 50 ans ou plus.

Les constatations de cette enquête préparatoire ressemblent beaucoup à celles des études sur l'itinérance réalisées dans d'autres pays. Il y a très peu d'études sur les personnes âgées sans abri, qui sont très vulnérables, particulièrement aux attaques de sans-abri plus jeunes. Si beaucoup de personnes âgées sont sans abri une seule fois dans leur vie et pour une courte durée, d'autres le sont en permanence et éprouvent des difficultés considérables à occuper un logement à long terme. Les études sur les soins de santé et l'itinérance soulignent la difficulté de fournir à ces personnes des soins constants et adéquats ainsi que les conséquences de ce problème de vieillissement prématuré et de la probabilité accrue de mourir de causes évitables.

Les entretiens avec les informateurs-clés des secteurs des soins de longue durée et du soutien aux sans-abri indiquent que ces professionnels doivent relever des défis semblables : les ressources sont insuffisantes dans les refuges, les maisons de transition et les établissements de soins de longue durée. Ces entrevues ont également permis de conclure que les renseignements sur les femmes âgées sans abri, en particulier, sont limités ou non attestés par des documents. De plus, bien que de nombreux refuges soient d'accès facile, certains restent inaccessibles aux personnes ayant un problème de mobilité;

si des soins personnels sont nécessaires, la plupart des refuges ne peuvent pas les offrir. Finalement, il est évident que le manque de coordination et d'intégration des services de santé et des refuges est fort préoccupant, notamment en ce qui concerne la planification de la sortie d'hôpital des patients sans abri. Une telle intégration en est encore à ses débuts dans de nombreuses villes.

Les conclusions des 13 études de cas confirment ce que nous avons appris au cours des entretiens avec les informateurs-clés. Par exemple, l'intégration des services de soins et d'hébergement est récente au Canada. En outre, seulement quelques exemples d'une approche coordonnée entre les refuges et les principaux établissements de soins de longue durée ont été rapportés. La plupart des centres d'hébergement pour personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique recensés dans cette étude avaient été créés par des organismes d'hébergement d'urgence. Cette façon de faire soulève un certain nombre de questions, notamment celle de la protection des sans-abri âgés, qui sont plus vulnérables, contre des attaques de sans-abri plus jeunes dans les refuges. Il y a aussi lieu de déterminer l'emplacement idéal des ensembles résidentiels destinés aux personnes âgées sans abri : un noyau urbain offrant des services à proximité ou une zone périphérique peu exposée à des situations dangereuses.

Les études de cas démontrent que le soutien de tous les niveaux de gouvernement, la collaboration intersectorielle et interdisciplinaire ainsi qu'une approche fondée sur le développement communautaire sont les clés du succès pour offrir un logement aux personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique ayant recours aux refuges pour sans-abri et nécessitant des soins.

Malgré la mise en oeuvre des solutions énoncées dans le présent document, la majorité des besoins des personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique n'ayant pas d'abri ne sont toujours pas satisfaits au Canada. La plupart des établissements recensés dans la présente étude ont des listes d'attente. Les fournisseurs de services soutiennent que même si le nombre de places disponibles doublait ou triplait, cela ne suffirait pas à satisfaire à la demande.

Table des matières

OPTIONS DE LOGEMENT POUR les personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique ayant recours aux refuges pour sans-abri 1

RAPPORT FINAL 1

1. introduction 6

2. MÉTHODES DE RECHERCHE 7

2.1 MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES 7

2.2 DÉFINITIONS 8

3. CONSTATATIONS DES ENTREVUES AVEC LES INFORMATEURS-CLÉS 9

3.1 PERSONNES ÂGÉES SANS ABRI 9

3.2 PERSONNES HANDICAPÉES SANS ABRI ET ATTEINTES D'UNE MALADIE CHRONIQUE 9

3.2 ACCÈS AUX SOINS DE LONGUE DURÉE EN ÉTABLISSEMENT POUR LA POPULATION EN GÉNÉRAL 11

3.3 ACCÈS DES PERSONNES SANS ABRI AUX SOINS DE LONGUE DURÉE EN ÉTABLISSEMENT 12

3.4 SOUTIEN REQUIS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES CLIENTS SANS ABRI 13

3.5 ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE DESTINÉS À LA POPULATION EN GÉNÉRAL 15

3.6 STRATÉGIES DE SOINS DE LONGUE DURÉE POUR LES PERSONNES SANS ABRI, QUI SONT ÂGÉES OU ATTEINTES D'UNE MALADIE CHRONIQUE 16

3.7 ÉTABLISSEMENTS IDÉALS POUR LES PERSONNES SANS ABRI, QUI SONT ÂGÉES OU ATTEINTES D'UNE MALADIE CHRONIQUE 17

4. Études de cas : résumé des constaTAtions 20

5. RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS 25

Annexe A : ANALYSE DOCUMENTAIRE 30

Table DES MATIÈRES 30

1. 32

Introduction 33

2. prévalence des Personnes âgées sans abri 33

3. TENDANCES ET CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES DE L'ITINÉRANCE DES PERSONNES ÂGÉES 40

4. Santé **43**

5. SOLUTIONS À LONG TERME ET RÉINSTALLATION **47**

Annexe B : BibliograpIE **51**

Annexe C : guides des entrevues avec les INFORMATEURS-CLÉS **55**

Annexe D : LISTE DES INFORMATEURS-CLÉS **59**

Annexe E : ÉTUDES DE CAS DÉTAILLÉES **62**

ÉTUDE DE CAS N^{O} 1 : HOSPICE POUR LES SANS-ABRI, LA MISSION - OTTAWA, ONTARIO 62

ÉTUDE DE CAS N^{O} 2 : SEATON HOUSE INFIRMARY - TORONTO, ONTARIO 65

ÉTUDE DE CAS N^{O} 3 : INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DU REFUGE – TORONTO, ONTARIO 67

ÉTUDE DE CAS N^{O} 4 : HAZELTON RESIDENCE – VANCOUVER, COLOMBIE-BRITANNIQUE 69

ÉTUDE DE CAS N^{O} 5 :PROJET DE MAISON DE TRANSITION POUR LES AUTOCHTONES À MOBILITÉ RÉDUITE – WINNIPEG, MANITOBA 72

ÉTUDE DE CAS N^{O} 6 :RÉSIDENCE DU VIEUX-PORT – MONTRÉAL, QUÉBEC 74

ÉTUDE DE CAS N^{O} 7 : MAISON CLAIRE-MÉNARD – MONTRÉAL, QUÉBEC 77

ÉTUDE DE CAS N^{O} 8 : BIRCHMOUNT RESIDENCE - TORONTO, ONTARIO 79

ÉTUDE DE CAS N^{O} 9 : LEGION WING - PRINCE GEORGE, COLUMBIE-BRITANNIQUE 83

ÉTUDE DE CAS N^{O} 10 :VETERANS' MEMORIAL MANOR – VANCOUVER, COLOMBIE-BRITANNIQUE 86

ÉTUDE DE CAS N^{O} 11 :FORMER INTEGRATED PROGRAM, OAK BAY LODGE – VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE 89

ÉTUDE DE CAS N^{O} 12 :FAIRWAY WOODS -- VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE 92

ÉTUDE DE CAS N^{O} 13 : PIONEER INN – WHITEHORSE, YUKON 95

Annexe F : QUESTIONS DE L'ÉTUDE DE CAS **97**

1. INTRODUCTION

La présente étude nationale, réalisée pour le compte de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), examine les problèmes liés aux personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique ayant recours aux refuges pour sans-abri.

Les principales questions de recherche ayant orienté l'étude sont les suivantes :

- Pourquoi est-ce que des personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique vivent dans des refuges pour sans-abri?
- De quels soins de longue durée en établissement ont-elles besoin?
- Quels sont les obstacles limitant leur accès aux soins de longue durée et comment peut-on réduire ces obstacles, voire les éliminer?
- Quelles stratégies élaborées au Canada répondent aux besoins de cette population?

Le travail de recherche a été exécuté entre septembre 2002 et juin 2003.

Le présent document fait état des constatations de l'enquête préparatoire en six chapitres et six annexes. Le Chapitre 2, ci-après, donne les définitions sous-jacentes de l'enquête et décrit les méthodes de recherche utilisées. Le Chapitre 3 rapporte les constatations des entrevues avec des informateurs-clés de l'ensemble du Canada. Le Chapitre 4 est un résumé des constatations de 13 études de cas réalisées dans cinq régions du Canada. Les Chapitres 5 et 6 incluent les conclusions et des propositions d'orientation de la recherche.

Contenu des annexes : A) Analyse documentaire; B) Bibliographie; C) Guide des entrevues avec les informateurs-clés; D) Liste des informateurs-clés; E) Études de cas; F) Questions des études de cas.

2. MÉTHODES DE RECHERCHE

2.1 Méthodes de collecte des données

L'étude a été exécutée en trois étapes. Premièrement, une analyse documentaire d'envergure internationale et une enquête préparatoire informelle auprès de réseaux de professionnels du Canada ont permis de déterminer les problèmes fondamentaux. L'enquête informelle avait également pour objet de trouver des informateurs-clés pour les entrevues en profondeur et les études de cas en puissance.

Deuxièmement, plus de 20 entrevues en profondeur ont été réalisées auprès d'informateurs-clés, c'est-à-dire des fournisseurs de soins de longue durée, de services de coordination de placement, de refuges d'urgence et de soins de longue durée à l'intérieur du réseau des refuges d'urgence. Les dimensions de cette phase de la recherche ont été limitées à cinq régions du Canada (le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Colombie-Britannique et le Yukon) et on a recueilli des données plus détaillées au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique que dans les autres sphères de compétence.

Les informateurs-clés ont été choisis à la lumière des références documentaires et par « effet boule de neige », soit en demandant aux informateurs-clés d'en identifier d'autres dans leur domaine ou dans un domaine connexe. Nous leur avons tous posé des questions d'ordre général, ayant trait par exemple à la disponibilité des refuges ou des lits dans les établissements de soins de longue durée, selon le cas. Nous avons interrogé les fournisseurs de soins de longue durée sur le processus de prestation des services de santé communautaires aux personnes sans abri qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique, sur les critères et sur les défis de les placer en établissements de soins de longue durée. Nous leur avons demandé de nous fournir des exemples de formules d'évaluation, pour éclaircir les critères de placement en établissements de soins. Nous avons interrogé les fournisseurs de refuge sur la situation, et sur les options, de ce groupe de personnes sans abri qui ont besoin de soutien et de soins.

Troisièmement, 13 études de cas répondant aux besoins des personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique ayant recours aux refuges pour sans-abri ont été réalisées. Ces 13 initiatives, un échantillon de commodité, ont été déterminées au cours des deux premières phases de la recherche. (Étant donné que nous avons découvert au cours de la deuxième phase qu'il n'existe pratiquement pas d'exemples d'une « approche d'intégration » formelle, toutes les études de cas sauf une tombent dans la catégorie des solutions « ségréguées ».) L'information a été collectée par entrevues au téléphone, par courriel et par fax, et elle a été enrichie par les visites des chercheurs sur les lieux de huit des ensembles ou établissements.

Il faut mentionner que l'étude a d'abord été conçue pour inclure seulement six études de cas. Nous avons toutefois constaté au cours des premières phases de la recherche que les réponses aux besoins spéciaux de cette population sont récentes et rares au Canada; les fournisseurs de services et les décideurs ont besoin d'informations nouvelles et de leçons apprises des études de cas, qui sont très précieuses pour eux. Nous avons décidé par

conséquent de doubler le nombre d'études de cas afin d'élargir la gamme d'information et d'inspirer encore plus les personnes concernées par cette population.

2.2 Définitions

Comme dans la plupart des études qui traitent de l'itinérance, l'une des premières choses à faire consistait à définir l'état de « sans-abri ». En outre, parce que l'itinérance a une incidence considérable sur la santé et sur le vieillissement de l'individu, il fallait revoir la définition de « personne âgée ».

Sans abri et itinérance
La présente étude qualifie de « sans-abri » les itinérants les plus démunis, réels ou visibles. Cela signifie notamment vivre dans la rue, dans des refuges temporaires ou dans des endroits qui ne sont pas censés être habités. L'itinérance absolue peut être chronique ou à court terme : il peut s'agir, à un extrême, d'un état prolongé ou répété dans lequel les sans-abri entrent et sortent constamment au cours de leur vie; et, à l'autre extrême, d'une situation temporaire qui ne se reproduira jamais plus. Une autre facette de la définition de sans-abri est le fait que beaucoup de personnes qui ont été des sans-abri chroniques sont difficiles à loger en raison de divers facteurs, y compris leurs caractéristiques particulières, l'incidence de la vie dans la rue sur leurs comportements, ou « l'institutionnalisation » que la vie en centre d'hébergement est susceptible d'engendrer.

Personnes âgées
Les études indiquent qu'on s'entend de plus en plus pour considérer que les « personnes âgées » qui font partie de la population des sans-abri sont celles qui ont 50 ans et plus (Bruckner, 2001; Hamel, 2001; Cohen, 1999; Cohen et al. 1997).

- À 50 ans, les sans-abri ont l'air d'avoir 10 à 20 ans de plus et agissent comme si c'était le cas (Cohen, 1999).
- Le stress, les problèmes de nutrition et les mauvais états de santé non traités contribuent au vieillissement prématuré (Hawes, 1999).
- L'itinérance engendre le vieillissement prématuré (Bruckner 2001; Hamel 2001).
- Les sans-abri ont une espérance de vie beaucoup moins longue (Crane 2001; Eberle et al. 2001).

L'enquête informelle exécutée au cours de la première étape de la recherche a confirmé cette définition de personne âgée. Il y a été souligné qu'il y a même des personnes de moins de 50 ans qui présentent les caractéristiques physiques (problèmes de foie et carences en vitamines et en calcium) d'une personne beaucoup plus âgée. Par exemple, dans le Downtown East Side de Vancouver, les sans-abri célibataires et les personnes difficiles à loger de 45 ans et plus sont considérées comme des personnes âgées.

3. CONSTATATIONS DES ENTREVUES AVEC LES INFORMATEURS-CLÉS

Les 20 informateurs-clés du Québec, de l'Ontario, du Manitoba, de la Colombie-Britannique et du Yukon qui ont passé une entrevue en profondeur représentent une gamme de services : logement social, refuges, volet communautaire, établissements de soins de longue durée aux niveaux provincial et régional et services de toxicomanie. Nous présentons ici leurs connaissances, leurs sages observations et leurs opinions. (Les guides d'entrevue avec les informateurs-clés sont à l'Annexe C et une liste des informateurs-clés se trouve à l'Annexe D.)

3.1 Personnes âgées sans abri

Nos informateurs de cinq sphères de compétence du Canada ont indiqué clairement que le nombre de sans-abri de tous les âges augmente et que les fournisseurs de refuges ont de la difficulté à répondre au besoin. Ils ont pour priorité de fournir un refuge au plus grand nombre possible de sans-abri, peu importe leur âge.

En Colombie-Britannique (C.-B.), les fournisseurs de refuges ont indiqué que le nombre de sans-abri augmente ; les refuges doivent refuser du monde. Entre les deux tiers et les trois quarts de la population de sans-abri sont habituellement des hommes et il n'y a jamais eu autant de personnes de 50 ans et plus qui cherchent un refuge. À Winnipeg, des 1 500 personnes qui ont utilisé le refuge Mainstreet Project en 2001-2002, 22 % avaient 50 ans et plus, une proportion qui augmente. (Les personnes qui ont recours aux refuges avaient en moyenne moins de 40 ans il y a quelques années; elles ont maintenant en moyenne 42 ans.) À Montréal, les fournisseurs de refuges disent que les personnes de 50 ans et plus représentent entre 20 % et 33 % des clients.

On constate que les personnes âgées (50 ans et plus) qui ont recours aux refuges y restent plus longtemps que les jeunes. Par exemple, au Lookout Society de Vancouver, la durée moyenne de séjour des personnes de moins de 50 ans est de neuf jours; celle des personnes de 50 ans et plus est de 12 jours.

En général, les services de refuge sont offerts à une gamme d'âges. Les fournisseurs soulignent qu'un grand nombre des problèmes des personnes âgées sans abri, comme l'alcoolisme, la maladie mentale, les problèmes de santé physique et l'accoutumance ne sont pas différents des problèmes des personnes âgées de tous les âges. La priorité des fournisseurs est de fournir du soutien, quel que soit l'âge.

3.2 Personnes handicapées sans abri et atteintes d'une maladie chronique

Les informateurs-clés ont dit de façon constante que les adultes sans abri de tous les âges qui cherchent un refuge présentent des problèmes de santé plus complexes que jamais auparavant, en raison de divers facteurs : la désinstitutionnalisation des personnes atteintes de maladie mentale; la diminution de la longueur des séjours à l'hôpital, qui oblige les bénéficiaires à sortir en ayant encore besoin de considérablement de soins; et la capacité limitée des établissements de soins de longue durée (maisons de repos).

Beaucoup de personnes âgées et sans abri chroniques sont alcooliques et ont des problèmes de santé mentale. Certains fournisseurs de services ont également indiqué que la dépendance au jeu devenait un problème de plus en plus important.

Les clients des fournisseurs de refuges ont l'Hépatite C, le diabète, font de l'emphysème, ont des infections respiratoires, la tuberculose, le VIH/sida, une mobilité réduite, des plaies avec des abcès, des problèmes aux pieds (surtout causés par une mauvaise hygiène), ont fait des ACV, ont des problèmes cardiaques, la pneumonie et différents types de démence. Les personnes plus jeunes qui ont recours aux refuges sont plus susceptibles d'avoir le VIH/sida et l'Hépatite C, tandis que les plus âgées risquent plus de souffrir de démence, d'avoir fait des ACV, d'avoir des problèmes cardiaques et de souffrir d'incontinence.

La plupart des refuges ne peuvent pas répondre aux besoins des clients incapables d'accomplir leurs propres activités de la vie quotidienne (comme les soins d'hygiène personnelle), parce qu'ils n'ont pas assez d'employés, ni le savoir-faire nécessaire pour dispenser des soins pratiques. (Certains refuges de la Colombie-Britannique ont pu offrir des services de soins à domicile sur les lieux, mais ces services avaient été supprimés au moment de l'étude. De même, à Montréal, le volet maison de transition de l'un des plus gros refuges offrait des soins personnels jusqu'à quelques mois avant la collecte de données, quand ils ont été supprimés.)

L'accessibilité physique des refuges est un problème de plus en plus apparent. Certains refuges, particulièrement ceux qui ont été construits il y a longtemps, ne sont pas conçus pour les personnes dont la mobilité est réduite. Les services de convalescence pour les personnes qui sortent de l'hôpital causent également problème. En Colombie-Britannique, de plus en plus de personnes sans abri doivent quitter l'hôpital pour aller directement dans les refuges, parce qu'elles sont considérées trop malades ou trop faibles pour retourner où elles vivaient (par exemple dans des maisons de chambres, dans un coin chez des amis, dans la rue). Le nombre de personnes aiguillées directement de l'hôpital vers un Triage, un refuge qui offre des services à Vancouver, a doublé entre 1994 et 2000, par exemple. En même temps, beaucoup de personnes aiguillées directement des hôpitaux vers des maisons d'hébergement n'ont pas été capables de fonctionner, ont été expulsées et ont fini par se retrouver dans des refuges.

Certains refuges offrent quelques lits aux personnes qui ont besoin de se reposer ; mais ils n'ont pas toujours du personnel médical. À Winnipeg, les soins à domicile sont apparemment difficiles à organiser pour les personnes qui ont recours aux refuges pour sans-abri. À Montréal, les centres locaux de services communautaires (CLSC) dispensent certains soins à domicile dans les refuges. Certains refuges, dont un dans le nord de la Colombie-Britannique, ont demandé et obtenu un financement spécial pour des « lits de séjour de longue durée ». On parle ici de séjours de plusieurs semaines.

Les fournisseurs de services ont parlé de « délestage »[1] des hôpitaux. Les patients que les hôpitaux mettent en congé et envoient par ambulance ou par taxi dans un refuge deviennent comme des « balles de ping pong » si le refuge ne les accepte pas et les renvoie à l'hôpital. Certains refuges ont dû établir des critères de refus des patients aiguillés chez eux par les hôpitaux.

Les personnes atteintes de maladie chronique sont reconnues comme ayant des difficultés particulières. Cela comprend le manque de soins préventifs ou d'attention médicale précoce. Par exemple, les personnes sans abri diabétiques peuvent négliger des problèmes comme des ulcères jusqu'à ce qu'ils deviennent beaucoup plus graves et développent de la gangrène, qui peuvent exiger une amputation.

On pense qu'avec le vieillissement de la population courante des sans-abri, la toxicomanie deviendra un problème pour les personnes de la prochaine cohorte, même si leur durée de vie sera probablement plus courte. On s'attend à une augmentation de la pharmacodépendance envers les drogues dures, du nombre de cas d'Hépatite C, de VIH/sida et de dommages au cerveau causés par l'inhalation d'héroïne et de cocaïne.

3.2 Accès aux soins de longue durée en établissement pour la population en général

Il existe certaines tendances générales concernant l'accès aux soins de longue durée en établissement (que l'on appelle parfois des maisons de repos) au Canada. Une tendance qui se dégage clairement est le fait qu'il n'y a pas assez de lits pour répondre aux besoins courants : les ressources n'ont pas suivi le rythme de la croissance de la population des personnes âgées, ou de la population des personnes atteintes d'une maladie chronique, ou les deux.

On note comme tendance connexe que le financement provincial des soins de longue durée en établissement a été tellement réduit dans certaines sphères de compétence au cours des dernières années que seules les personnes qui ont besoin de soins complexes très lourds peuvent être placées dans des établissements publics de soins de longue durée, et les procédures et les critères d'évaluation ont par conséquent changé. On a modifié par exemple en Colombie-Britannique la pratique qui consiste à établir une liste des clients en attente de placement dans un établissement de soins de longue durée, de façon à inscrire sur la liste seulement les personnes qui sont en situation de « risque intolérable » et qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures par jour.

Dans les provinces où l'accès aux soins de longue durée en établissement a été très réduit, on a établi que les soins moins pointus peuvent être, et seront, dispensés par des organismes communautaires qui vont donner des soins à domicile chez les clients. Les fournisseurs de services de santé de diverses sphères de compétence rapportent malheureusement que les soins communautaires ne peuvent répondre au volume accru et

[1] À Montréal, le « délestage » est pratiqué non seulement par les hôpitaux, mais également par les prisons et par une prison psychiatrique.

à l'acuité du besoin dans la collectivité, parce que les ressources financières et humaines sont limitées.

Une autre tendance claire dans l'ensemble du Canada est la tentative de combler le manque de services de soins personnels en introduisant des options de services en milieu de soutien, y compris les logements supervisés et les logements-services. Les deux options prennent habituellement la forme d'habitations collectives où des services de soutien sont offerts, mais non les soins infirmiers 24 heures par jour. Cette tendance à fournir des services en « logement » plutôt qu'en milieu « institutionnel », tout en étant acceptée de façon générale comme un changement positif de paradigme, n'a pas réussi à suivre la demande. Il n'y a pas assez de places subventionnées en milieu de soutien dans les provinces étudiées. (Par exemple, à Ottawa il faut attendre jusqu'à concurrence de trois ans pour obtenir un logement-services subventionné.)

Le contexte élargi des personnes sans abri âgées, ou atteintes d'une maladie chronique, ou les deux, et qui ont besoin de soins de longue durée en établissement est par conséquent tel que la demande est déjà plus élevée que l'offre, pour tous les segments de la population.

3.3 Accès des personnes sans abri aux soins de longue durée en établissement

Il y a encore plusieurs autres obstacles au placement en établissement des personnes sans abri en particulier. Notons les processus d'évaluation, le besoin de défenseurs et le manque de coordination des services.

Processus d'évaluation
Pour obtenir un lit dans un établissement de soins de longue durée, une personne doit être évaluée. C'est habituellement un responsable de cas du système de santé qui fait l'évaluation en réponse à une demande d'un travailleur en refuge ou d'une équipe de services d'approche directe. Les formules d'évaluation portent habituellement sur des facteurs comme la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne, le fonctionnement cognitif, la médication, la mobilité, l'environnement de soutien, l'incontinence et la possibilité de se blesser ou de blesser les autres. (Les catégories d'information des formules d'évaluation ne sont pas très différentes d'une province à l'autre.) Un pointage qui indique un risque élevé signifie que la personne est admissible au placement en établissement. Le processus d'évaluation exige du temps et de la continuité. Les évaluations ne sont habituellement pas faites dans les refuges, notamment parce que les personnes ayant recours aux refuges peuvent avoir de la difficulté à se présenter à leurs rendez-vous et à demeurer au même endroit pendant une période prévisible. Les stratégies pour surmonter ces difficultés consistent à donner un lit dans une maison de transition à un client sans abri assez longtemps pour l'évaluer, ou à essayer de lui trouver une chambre ou une autre forme de logement permettant de l'évaluer. Pour beaucoup de personnes qui ont recours aux refuges, être bénéficiaire à l'hôpital est souvent la façon la plus rapide d'obtenir un lit dans un établissement de soins de longue durée.

Besoin de défenseurs
Il existe une autre série de barrières pour les personnes sans abri qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique : le manque de défenseur personnel. Parce que les personnes sans abri sont souvent sans réseau de soutien familial et social, la plupart n'ont pas de défenseur personnel pour les aider à connaître le système de santé et à y avoir accès. Même dans les situations où il y a des défenseurs personnels (par exemple des travailleurs de liaison dans les refuges), il y a parfois une discontinuité du service. Cette discontinuité, provoquée par l'épuisement professionnel des travailleurs de première ligne et le grand roulement du personnel, peut empêcher l'établissement des rapports de base et nécessaires pour travailler efficacement avec les personnes sans abri.

Facilité de coordination entre les services
Les fournisseurs de services ont également parlé des difficultés de coordonner les divers organismes. Dans les petites villes, par exemple dans le nord, « tous les travailleurs se connaissent, et donc s'appellent tout simplement. » De même, à Victoria en Colombie-Britannique, une ville assez petite, les praticiens de divers organismes se réunissent chaque semaine pour examiner des cas particuliers et des aspects cliniques en collaborant pour se familiariser avec les caractéristiques et les besoins des clients sans abri et difficiles à loger, et pour y répondre. Pour les fournisseurs de services des grandes villes comme Toronto et Vancouver, il semble toutefois plus difficile de faire des connexions entre les spécialités (refuge, logement social permanent, soins de longue durée en établissement, soins communautaires et hôpitaux).

La coordination des services au Québec semble légèrement plus établie en première ligne que dans les autres provinces. Il existe au Québec un réseau de centres multi-disciplinaires et multi-services, les centres locaux de services communautaires, CLSC, qui servent des secteurs géographiques distincts dans toute la province. Les travailleurs des CLSC évaluent les clients sans abri et recommandent des services ou le placement dans des rencontres hebdomadaires d'équipes multi-disciplinaires. Par exemple, dans le centre-ville de Montréal, le CLSC Les Faubourgs a une équipe qui s'occupe exclusivement des personnes sans abri. Des infirmières, des travailleurs sociaux et des médecins de cette équipe visitent régulièrement les refuges (une ou deux fois par semaine). En plus de faciliter la prestation du soutien aux personnes sans abri, ce lien entre les refuges et les CLSC est également une façon d'intégrer les sans-abri dans les systèmes médicaux et sociaux.

3.4 Soutien requis pour répondre aux besoins des clients sans abri

Nous avons demandé aux informateurs ce dont les fournisseurs de soins et de refuges ont besoin pour répondre aux besoins des personnes sans abri âgées, ou atteintes d'une maladie chronique, ou les deux et ils nous ont dit qu'ils veulent avant tout avoir accès au logement supervisé subventionné. Ce logement devrait être accessible aux personnes dont la mobilité est réduite et devrait inclure un programme de repas. Les informateurs disent qu'en logeant les personnes sans abri dans un endroit de ce type doté de plusieurs logements, il serait possible d'offrir les services de soins à domicile et de soutien de

façon efficiente et on pourrait éviter de placer des clients en établissement de soins de longue durée, ou du moins attendre plus longtemps avant de les y placer. La deuxième chose dont ils ont besoin est « simplement assez de lits de soins de longue durée en établissement! » pour les personnes sans abri qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures par jour.

Un autre besoin découvert au cours de l'enquête est la nécessité d'une collaboration interministérielle aux niveaux des programmes et des politiques dans les gouvernements, plutôt qu'au niveau de la prestation des services seulement.

Les ressources particulières requises par les travailleurs de première ligne des secteurs communautaires de la santé et des refuges sont les suivantes :

- le soutien des fournisseurs dans une gamme de secteurs (c'est-à-dire une approche d'équipe);
- des travailleurs d'approche directe dotés d'une meilleure formation;
- la continuité dans la gestion des cas;
- des charges de travail moins lourdes pour les responsables de cas;
- des défenseurs dévoués qui travaillent au nom des personnes sans abri, par exemple pour les aider avec la paperasserie des demandes de logement et de soins de longue durée en établissement;
- les psychogériatres consultants, particulièrement les travailleuses et les travailleurs sociaux, pour être « le lien » entre les personnes sans abri et les soins de longue durée en établissement;
- la flexibilité des critères de placement dans les établissements de soins de longue durée;
- un processus d'appel qui permet aux travailleurs de première ligne d'expliquer les besoins particuliers de leurs clients sans abri aux fournisseurs de soins de longue durée en établissement.

Les ressources requises par les établissements de soins de longue durée pour les aider à servir les personnes anciennement sans abri qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures par jour sont les suivantes :

- l'accès à une unité d'évaluation et de traitement gériatrique afin de pouvoir évaluer entièrement les résidents en puissance avant le placement;
- l'assurance qu'ils vont recevoir des paiements mensuels pour la location et les services inclus dans le programme de location (habituellement, cela exige que l'on ait d'abord déclaré le client financièrement incompétent);
- l'engagement du premier responsable du cas de fournir la continuité du soutien, c'est-à-dire la liaison continue entre le personnel de l'établissement et les gestionnaires de cas communautaires;
- des employés d'établissement qui connaissent le phénomène de l'itinérance et qui font preuve de créativité pour régler les problèmes;
- la flexibilité pour fournir le soutien et les soins à la marge du besoin seulement, permettant aux résidents le niveau d'autonomie qu'ils peuvent gérer (qui peut varier avec le temps);
- des environnements tranquilles, paisibles et sûrs.

3.5 Établissements de soins de longue durée destinés à la population en général

Selon certains informateurs clés, les établissements de soins de longue durée destinés à la population en général ne sont généralement pas considérés comme des environnements convenables pour les personnes sans abri. « Le fait d'être sans abri est un signe d'appartenance à une culture. La culture de la population en général est différente. » Cette différence est plus prononcée pour les personnes sans abri qui sont « collées » dans la rue. Il arrive que les personnes anciennement sans abri qui ont été placées dans un environnement de soins sont ostracisées à cause de leur comportement. Cela empire leur état de santé psychologique.

Selon d'autres, certaines personnes ayant recours aux refuges ont déménagé avec succès dans des établissements destinés à la population en général. (Habituellement, elles auraient été placées de façon ponctuelle, sans toutefois que cela fasse partie d'un programme spécial.) À Toronto, par exemple, certaines femmes très fragiles ont déménagé dans des établissements de soins de longue durée mais peuvent visiter encore le refuge, pour le contact social. De même, à Montréal et à Winnipeg, certaines personnes anciennement sans-abri ont déménagé dans des résidences destinées à la population en général, tandis que d'autres les ont trouvées trop restrictives ou s'ennuyaient et sont parties.

L'approche d'intégration, selon laquelle les personnes sans abri sont intégrées dans des établissements destinés à la population en général, pourrait fonctionner particulièrement bien pour les personnes qui n'ont pas été sans abri longtemps. Par exemple, une femme âgée sans abri de Vancouver a été sans abri pendant une courte période après avoir été expulsée de son appartement parce qu'elle ne payait pas le loyer. Il est apparu que c'était parce qu'elle était atteinte de démence. Elle a été inscrite sur une liste d'urgence pour entrer dans un établissement de soins de longue durée, et elle a été placée.

Les fournisseurs de soins de longue durée ont dit que les établissements seraient capables d'accueillir des anciens sans-abri à condition qu'on éclaire le personnel sur la culture des sans-abri et sur les raisons de l'itinérance des clients. En même temps, les travailleurs des refuges qui cherchent à placer leurs clients ne devraient le faire que s'ils sont assurés que leurs clients n'ont pas de comportement violent ou de prédateur, ou de rituels gênants de consommation abusive, ou d'autres comportements qui auraient une incidence négative sur les résidents déjà installés.

L'abus d'alcool est l'un des principaux comportements qui oblige les établissements de soins de longue durée à refuser des personnes âgées sans abri, ou atteintes d'une maladie chronique, ou les deux. Un travailleur de la santé de la Colombie-Britannique a dit par exemple que « très très peu d'établissements de soins de longue durée de la région acceptent une personne dont la consommation d'alcool est excessive. » Certains établissements interdisent la consommation d'alcool, même avec modération. Un travailleur dans un refuge a parlé d'un client qui avait l'habitude de « boire sa bière chaque jour » et qui a appris que cela n'était pas permis en établissement. On peut

constater l'un des résultats de ce genre de restrictions à Vancouver, où « des personnes incapables de vivre de façon indépendante dans la collectivité pourraient être admises dans un établissement, mais elles y sont refusées et doivent donc vivre dans des hôtels du Downtown Eastside, parce que c'est seulement là que leurs comportements sont tolérés. » Certains établissements, comme la Résidence du Vieux-Port à Montréal, interdisent la consommation d'alcool sur les lieux, mais tolèrent l'alcoolisme et une certaine agitation des clients dans l'établissement.

Un autre comportement mal compris par les fournisseurs de soins destinés à la population en général est le besoin d'espace et de vivre à l'extérieur de certains sans-abri. C'est le cas par exemple d'une personne sans abri qui, après avoir été admise à l'hôpital en raison d'une pneumonie, a été renvoyée parce qu'elle sortait souvent et que l'hôpital trouvait qu'elle « gaspillait un lit ».

Certains autres mauvais comportements qui rendent difficile l'intégration des sans-abri sont la consommation excessive de tabac, la mauvaise hygiène personnelle, la négligence de l'entretien ménager et les comportements antisociaux, comme les propos orduriers et injurieux. Certains de ces problèmes peuvent être liés aux problèmes de santé mentale qui semblent assez courants dans ce groupe. Ces comportements ne sont pas acceptables dans les établissements destinés à la population en général, qui accueillent surtout des femmes âgées qui sont fragiles physiquement et qui ont des déficiences cognitives. Non seulement se produit-il un « choc de cultures », mais les administrateurs des établissements de soins et les soignants craignent de placer leurs résidents vulnérables en situation de risque en acceptant des résidents « qui sont durs » (selon un informateur).

Cet obstacle culturel n'est pas facile à surmonter. Certains informateurs disent que les fournisseurs de soins en établissement destinés à la population en général de tous les niveaux – administrateurs, gestionnaires des infirmières et fournisseurs directs de soins – ont besoin d'être plus éclairés sur le vécu, les habitudes, les maladies et les motivations des sans-abri pour les gérer mieux. La communication régulière et continue entre les travailleurs communautaires de la santé (comme les équipes d'approche directe) et les employés des établissements faciliterait la réussite de l'intégration des sans-abri dans les établissements destinés à la population en général.

Les informateurs étaient d'accord de façon générale sur deux choses.

- Il faut envisager à la fois des démarches d'intégration et de ségrégation de la prestation des soins de longue durée aux sans-abri.
- Le déménagement en résidence et l'intégration dans un nouveau groupe social constitue un défi pour n'importe qui, peu importe ses caractéristiques.

3.6 Stratégies de soins de longue durée pour les personnes sans abri qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique

Les entrevues réalisées avec les fournisseurs de services ne sont pas concluantes en ce qui a trait à la solution « idéale » à long terme pour les personnes sans abri qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique. Il faut une gamme d'options et une gamme de

fournisseurs, en commençant par plus de logements supervisés. Presque tous les informateurs ont souligné le manque de logement subventionné et supervisé. Les fournisseurs de refuges de Montréal et de Vancouver ont parlé de la disparition de logement abordable au centre-ville. À Montréal, Ottawa et Toronto par exemple, des endroits qui ont élaboré et fourni des options de logement supervisé, la demande est déjà très supérieure à l'offre.

Dans certains cas, des soins de longue durée en établissement sont offerts dans des environnements de logement. Certains bénéficiaires du Winnipeg's Mainstreet, un établissement de logement de transition doté de 34 lits, y vivent par exemple depuis plus de 10 ans. Les maisons de pension sont considérées comme une option viable, puisque les services incluent les repas et d'autres formes de soutien. (Une travailleuse de refuge a toutefois déclaré qu'elle ne voulait pas envoyer des clients dans certaines maisons de pension qui s'intéressaient aux résidents du refuge, parce certaines de ces maisons étaient reconnues pour exploiter les personnes fragiles et vulnérables. Les vérifications d'assurance de la qualité de ces maisons de pension n'en sont pas toujours exécutées à cause du manque de financement.)

Les informateurs préfèrent un continuum ou une stratégie progressive pour répondre aux besoins des clients. Un fournisseur de refuge dit que la solution idéale serait une gamme d'options offrant différents niveaux de soutien et de soins, très près les uns des autres, pour répondre aux besoins d'une façon continue et coordonnée. Ce continuum peut aller du logement supervisé aux soins palliatifs. Les informateurs ont donné les quatre exemples suivants de soins palliatifs dispensés aux sans-abri : la Résidence du Vieux-Port à Montréal, Hazelton Residence et Veterans' Manor à Vancouver, et Hospice for the Homeless à Ottawa. Voir Études de cas, Annexe E.)

3.7 Établissements idéals pour les personnes sans abri qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique

Nous avons demandé aux informateurs ce que serait un établissement idéal pour ce groupe. Certaines réponses étaient très précises, mais la philosophie suivante s'imposait pour les travailleurs des refuges : « Cela a moins à voir avec la construction et plus avec la validation de l'être humain… et la gamme de soins offerts. » [TRADUCTION]

Les travailleurs de refuge ont souligné l'importance de reconnaître la dignité des personnes et de les supporter au lieu de leur imposer des attentes. « Je constate avec stupéfaction ce que certaines personnes ont connu au cours de leur vie et les problèmes qu'elles peuvent avoir eus depuis leur enfance. Mais elles gardent quand même leur humour, leur humanité et leur dignité. C'est ce qui me permet de continuer à travailler. » [TRADUCTION]

Voici quelques-unes des caractéristiques souhaitées de l'établissement idéal conçu spécialement pour les personnes sans abri qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique.

Endroit
Les opinions sont partagées quant à l'endroit souhaité pour un établissement pour les sans-abri. On préfère habituellement le centre-ville – près des services et familier pour les résidents, mais « pas dans le cœur, le secteur de la drogue ». Il y a eu un cas à Winnipeg où des sans-abri ont été déménagés d'un établissement qui fermait et dispersés, dont certains loin du centre-ville. Les personnes de ce groupe sont toutes mortes rapidement. Il y a une histoire semblable à Whitehorse, d'une petite collectivité d'hommes sans abri, des squatters, qui ont été dispersés dans des établissements où ils n'étaient pas bien.

Des informateurs s'inquiètent aussi de la vulnérabilité des personnes aux prédateurs du centre-ville et considèrent que la banlieue ou la campagne convient mieux.

Forme et dimensions du logement
La forme de logement doit être entièrement accessible, non institutionnelle, peut-être constituée de « mini-collectivités » de chambres privées et semi-privées pour les résidents. Deux fournisseurs de services disent qu'une chambre qui se verrouille, avec toilette lavabo et kitchenette, convient aux sans-abri qui n'ont pas l'habitude de faire de l'entretien ménager. Il devrait également y avoir des aires communes pour les dîners et les événements sociaux, des pièces de travail des infirmières et des pièces baignoire (munies d'un intercom avec le fournisseur de services interne) où le personnel de soutien peut aider les résidents à prendre leur bain et qui sont nettoyées par le personnel. L'établissement doit être de petites dimensions (entre 30 et 50 chambres par ensemble, au plus). Les hommes et les femmes ne doivent pas vivre dans des immeubles séparés.

Les fournisseurs de services recommandent d'utiliser ce qui est disponible, y compris l'ameublement d'hôtel et de motel, ou les foyers de soins personnels sous-utilisés; et si possible, de réunir des personnes qui ont les mêmes besoins (comme les adultes victimes de traumatismes crâniens, ou ceux qui ont des problèmes d'alcool) pour que le personnel formé convenablement travaille efficacement avec eux.

Services
Il faut fonder les services sur une démarche holistique de soutien et de soins. Les services de base comprendraient l'administration du budget et la prestation des services de santé, des services de soutien comme des repas et la tâche d'escorte aux rendez-vous médicaux, et des activités sociales et de loisirs. Il faut offrir les services avec flexibilité et les résidents qui en sont capables devraient participer à l'organisation de l'endroit.

Personnel
Les lieux doivent être supervisés 24 heures par jour; toutefois, selon l'état de santé des résidents, il n'est peut-être pas nécessaire d'avoir du personnel de soutien et de soins sur les lieux 24 heures par jour. La présence du personnel pour offrir les services 12 heures par jour répondrait au besoin dans beaucoup de cas. Les principaux membres du personnel seraient un animateur pour l'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle (« qui travaille avec les résidents, plutôt que pour eux »), une infirmière auxiliaire, un moniteur de loisirs, un travailleur social et d'autres travailleurs pour dispenser les soins personnels aux résidents et assurer l'entretien.

Philosophie
La philosophie derrière la prestation du logement, du soutien et des soins doit être centrée sur le client et fondée sur le respect de son humanité et de son état d'adulte. Le fondement théorique doit être le « vieillissement en santé », la « réduction des préjudices » et les soins axés sur les clients. Les principes de base de ces trois philosophies sont les suivants : respecter les personnes, leurs vécus et leurs différences; leur dispenser du soutien et des soins selon une approche individualisée; ne pas juger leurs comportements et insister sur les capacités plutôt que sur les handicaps.

4. ÉTUDES DE CAS : RÉSUMÉ DES CONSTATATIONS

Les treize études de cas exécutées ont eu lieu dans les cinq sphères de compétences suivantes : le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Colombie-Britannique et le Yukon. Les 13 études de cas sont décrites à l'Annexe E.

Le présent chapitre résume les constatations des études dans les catégories suivantes : l'endroit, la forme et les dimensions du logement, les caractéristiques des clients, les services, le personnel, l'historique et la philosophie. Chaque référence à une étude de cas particulière dans le présent chapitre est suivie du numéro de l'étude de cas entre parenthèses, par exemple (No 3).

Endroit
Un grand nombre des ensembles ou établissements sont dans le centre-ville, ce qui facilite leur accès aux services centralisés, comme les centres de jour, les cafétérias subventionnées par l'état et les installations médicales. On ne sait toutefois pas clairement si le centre-ville est l'endroit idéal pour les établissements de soins de longue durée destinés à cette population particulière. On s'inquiète par exemple de l'effet nuisible que le déménagement prévu de la Résidence du Vieux-Port (N° 6) dans le centre-ville de Montréal pourrait avoir sur la clientèle âgée. Birchmount Residence à Toronto (N° 8) et Fairway Woods à Victoria (N° 12) sont deux exemples d'une décision de déménager les clients dans un établissement en banlieue.

Forme et dimension du logement
La gamme des ensembles et établissements inclus dans les études de cas s'étend des ensembles de logement supervisé de quatre étages spécialement construits pour la clientèle visée, à une installation de soins palliatifs rattachée à un refuge, qui fonctionne depuis près de 100 ans, et à un hôtel qui a répondu au besoin local. La moitié des établissements ont été convertis ou adaptés, plutôt que construits spécialement pour la clientèle à qui ils sont destinés. Le nombre de résidents varie de 14 à 60 (mais il y en aura 72 dans la future Résidence du Vieux-Port, N° 6).

Dans les cas où l'établissement est rattaché à un refuge ou à un centre de jour utilisé par des personnes sans abri de tous les âges, on a pris des mesures pour protéger ou séparer les personnes âgées des prédateurs en puissance. Il y a différentes façons d'assurer cette sécurité : l'entrée d'une résidence et celle d'un centre de soins de jour situés dans le même immeuble, sont séparées; toutes les entrées sont surveillées par caméra; l'entrée d'un établissement pour une clientèle âgée est un ascenseur face à l'aire d'accueil pour permettre la surveillance des personnes qui entrent et qui sortent; et des cours fermées avec des jardins offrent de l'espace extérieur protégé pour les résidents.

Caractéristiques des clients
Les clients/résidents ont beaucoup de caractéristiques en commun : la plupart ont 50 ans et plus et sont des sans-abri en permanence; la plupart sont des hommes; ils ont tendance à être alcooliques ou toxicomanes; ils manquent souvent d'aptitudes sociales et à la vie quotidienne; et ils ont peu ou pas de réseaux de parents ou d'amis pour les soutenir. Ils

ont en outre beaucoup de problèmes de santé, y compris des maladies mentales, des déficiences cognitives, des maladies cardiovasculaires, le diabète, le Sida, souffrent de malnutrition, font de l'arthrite, souffrent de fatigue et sont affligés d'une pléthore d'autres problèmes physiques qui sont le propre de « la vie à la dure ». Ils ont besoin d'aide au niveau des aptitudes à la vie quotidienne, pour faire un budget et, dans bien des cas, pour trouver un logement permanent et abordable. En ce sens, ils ne sont pas différents des personnes sans abri de tous les âges. Ils sont différents des autres personnes sans abri, toutefois, en ce sens qu'ils peuvent être plus faibles physiquement, leurs sens peuvent être diminués, ils peuvent avoir des problèmes de santé plus complexes et ils peuvent être plus enracinés dans un style de vie de sans-abri que les jeunes sans abri.

Services
Dans tous les cas, il y a une dépendance envers un réseau de services, y compris les services de soutien à domicile, de soins à domicile et des services d'approche directe multi-disciplinaires offerts par les autorités régionales de la santé. La gamme et l'intensité des services offerts dans les 13 ensembles et établissements et le nombre de sources et d'aiguillages concernant les clients/résidents reflètent la collaboration entre les secteurs et entre les organisations. Les services incluent habituellement la gestion du budget, la supervision de la médication, au moins un repas par jour, l'entretien ménager et les soins personnels.

Personnel
Le personnel est habituellement constitué de personnes ayant des compétences et une expérience variées – qui viennent du monde des soins infirmiers, de la psychiatrie, de la toxicomanie, du logement, du travail social et du clergé.

Historique
Un grand nombre des ensembles et établissements, mais pas tous, ont été élaborés par des fournisseurs de refuges déjà établis qui ont élargi leurs installations et leurs services pour répondre au volume accru et à l'acuité des besoins des personnes âgées sans abri ou atteintes d'une maladie chronique. Des exemples de cette démarche sont l'Infirmary (N° 2) et Birchmount Residence à Toronto (N° 8), la Maison Claire-Ménard à Montréal (N° 7), la Résidence du Vieux-Port à Montréal (N° 6), Hazelton Residence à Vancouver (N° 4) et Fairway Woods à Victoria (N° 12). Tous les paliers de gouvernement ont travaillé avec des professionnels, des groupes communautaires, des associations sans but lucratif (par exemple des retraités) et des bénévoles pour créer et soutenir ces projets de logement et de soins pour les personnes sans abri qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique.

Philosophie
La philosophie sous-jacente des ensembles et établissements étudiés consiste à axer le processus de décision sur les clients et à respecter la dignité humaine. La réduction des préjudices (c'est-à-dire permettre aux alcooliques et aux toxicomanes de continuer de consommer avec modération) est le modèle dans certains cas (Birchmount Residence, N° 8, et Seaton House Infirmary, N° 2), tandis que dans d'autres cas (Résidence du

Vieux-Port, N° 6), la consommation d'alcool est interdite sur les lieux, mais on tolère les comportements associés à l'abus d'alcool. La tolérance des comportements associés à l'abus d'alcool, de certains comportements et de la mauvaise hygiène personnelle est clairement une caractéristique distinctive de l'approche de soutien et de soins. Inversement, l'intolérance envers ces caractéristiques est l'un des principaux obstacles à l'intégration de nombreuses personnes sans abri dans les établissements destinés à la population en général.

Études de cas des options de logement pour les personnes sans abri, qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique

#	Nom	Endroit	Services/Clients
Santé			
1	Hospice for the Homeless	Ottawa (Ontario)	Hospice de 14 lits dans la Mission (aussi refuge et logement supervisé). Soins palliatifs 24 heures par jour, sept jours par semaine aux hommes et aux femmes sans abri.
2	Seaton House Infirmary	Toronto (Ontario)	Installation de 35 lits avec du personnel 24 heures par jour, sept jours par semaine, pour les personnes sans abri ayant recours aux refuges lorsqu'elles doivent sortir de l'hôpital trop malades pour retourner dans la rue. Les services incluent les soins palliatifs.
3	Intégration des services de santé et du refuge	Toronto (Ontario)	Une approche à multiples facettes d'intégration des services de santé et du refuge par Seaton House et St. Michael's Hospital, incluant un Centre de transition à l'intérieur du Département des urgences, un Protocole pour les personnes sans abri et la fusion du modèle de soins.
4	Hazelton Residence	Vancouver, Colombie-Britannique	39 « chambres de soins spéciaux » pour les personnes sans abri atteintes d'une maladie grave, comme le Sida ou une maladie mentale. Visites médicales de soutien sur les lieux. Soins palliatifs selon les besoins.
Mobilité réduite			
5	Maison de transition (projet présenté)	Winnipeg, Manitoba	Logements autonomes, thérapie, counselling et soins auxiliaires 24 heures par jour, sept jours par semaine pour les autochtones sans abri et à risque dont la mobilité est très réduite.
Établissements			
6	Résidence du Vieux-Port	Montréal, Québec	40 chambres pour des hommes sans abri de plus de 50 ans ont été ouvertes dans le Vieux-Montréal en 1987. Déménagement prévu plus près de la Maison du Père, un refuge du centre-ville de Montréal, et augmentation du nombre de chambres jusqu'à 72.
7	Maison Claire-Ménard	Montréal, Québec	31 logements autonomes dans le complexe d'un centre de soins de jour dans le Vieux-ntréal. Pour les hommes sans abri de 50 ans et plus.
8	Birchmount Residence	Scarborough, Ontario	18 chambres avec 60 lits dans un établissement avec fournisseurs de soutien sur les lieux et de soins pour les hommes sans abri vulnérables de 50 ans et plus. Modèle de réduction des préjudices.
9	Legion Wing	Prince George, Colombie-Britannique	22 chambres accès cuisine, repas quotidien et programme de soutien pour les hommes et les femmes sans abri ou à risque et incapables de prendre soin d'eux-mêmes à cause de problèmes de santé complexes.
10	Veterans' Memorial Manor	Vancouver, Colombie-Britannique	134 logements autonomes, plus la sécurité des lieux 24 heures par jour, sept jours par naine, des services de soutien offerts par des organisations communautaires, des repas subventionnés sur les lieux, pour les hommes anciens combattants de 55 ans et plus.
11	Integrated Program (avant)	Victoria, Colombie-Britannique	3 lits dans des établissements destinés à la population en général et réservés aux clients âgés à risque de programmes communautaires pour ceux qui consomment de façon abusive. Annulé dernièrement.
12	Fairway Woods (vient d'ouvrir)	Victoria, Colombie-Britannique	32 logements autonomes dans un nouvel ensemble construit à cette fin, en banlieue. Pour les sans-abri et les personnes difficiles à loger avec des problèmes de santé multiples.

13	Pioneer Inn	Whitehorse, Yukon	18 chambres dans un hôtel de Whitehorse, offrant des services de soutien et quatre repas par semaine.

5. RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Une grande partie des constatations de l'analyse documentaire ont été confirmées par l'enquête préparatoire.

- Le problème des personnes âgées sans abri n'a pas été étudié suffisamment. Aux États-Unis, en Australie et au Royaume-Uni, les personnes âgées sont généralement une petite proportion de la population des sans-abri; cela explique peut-être en partie pourquoi il n'y a pas de recherche approfondie sur ce groupe. Leur nombre relativement peu élevé s'explique notamment par le taux de mortalité élevé des personnes sans abri, par le fait qu'elles évitent les refuges et les services (c'est-à-dire l'itinérance « invisible »), et par le soutien social offert aux personnes de plus de 65 ans, qui réduisent le risque d'itinérance.
- Les recensements canadiens des personnes sans abri révèlent également de façon générale des petites proportions de personnes âgées sans abri (augmentation de 9 % à 35 %, selon les catégories d'âge et d'endroit).
- Les études canadiennes montrent que les personnes âgées sans abri sont susceptibles d'avoir recours aux refuges pour des périodes plus longues que les sans-abri plus jeunes (même si quelques-unes d'entre elles sont sans abri juste une fois, souvent parce qu'elles ont été expulsées de chez elles).
- Les personnes âgées sans abri sont également plus susceptibles que les sans-abri plus jeunes d'être envoyées directement de l'hôpital au refuge.
- Les études ont démontré que les personnes âgées ont plus de difficulté à demeurer en logement permanent que les personnes sans abri des autres catégories d'âge. Cela pourrait être imputable en partie au soutien inadéquat ou mal conçu de la stratégie de relogement.
- Les personnes âgées sans abri sont très vulnérables et ont besoin de sécurité et d'être protégées, particulièrement contre les autres sans-abri.
- Les problèmes de santé des personnes sans abri sont semblables à ceux de la population en général, mais ils se produisent à un rythme beaucoup plus élevé.
- Les personnes sans abri sont également plus susceptibles de mourir de causes évitables.
- La prestation des soins de santé aux personnes sans abri est un problème de taille en raison des complications produites par la vie en refuge et de l'accès aux soins.

Entrevues avec les informateurs-clés

Les entretiens avec les informateurs-clés des secteurs des soins de longue durée et du soutien aux sans-abri révèlent des aspects semblables de leurs situations : ils n'ont pas assez de ressources pour répondre au besoin – qu'il s'agisse des refuges, des maisons de transition ou des établissements de soins de longue durée. De façon plus particulière, il semble y avoir relativement peu d'options de logement qui répondent aux besoins des personnes âgées sans abri.

À l'intérieur du système de refuges, le besoin de services pour les sans-abri est accablant, quel que soit leur âge. De même, dans le système d'établissements de soins de longue durée, les besoins des sans-abri en permanence, particulièrement ceux qui ont des problèmes de santé mentale ou de comportement, sont difficiles à satisfaire, particulièrement à la lumière de la difficulté de répondre aux besoins de la clientèle de la population en général.

Les entrevues ont également révélé ce qui suit :

- La question des femmes sans abri âgées semble relativement inconnue ou non analysée. On ne sait pas vraiment si elles sont intégrées plus facilement dans les établissements destinés à la population en général ou si elles sont servies dans le système existant de refuges. Les informateurs clés n'ont signalé aucun projet précis pour cette population.
- Si beaucoup de refuges sont sans obstacles, d'autres demeurent inaccessibles. Un seul ensemble portant sur les besoins particuliers des personnes sans abri ayant un problème de mobilité a été signalé (et analysé dans la présente étude).
- Les personnes ayant besoin de soins personnels ne peuvent généralement pas être servies dans les refuges; la plupart des refuges n'ont pas les ressources humaines ou financières pour fournir cette aide.
- La coordination et l'intégration des services de santé et des refuges est très préoccupante, particulièrement en ce qui concerne la planification de la sortie d'hôpital des patients sans abri. On ne fait encore que commencer à intégrer ces secteurs dans de nombreuses villes.

Études de cas :
Si les 13 études de cas traitées ici ne représentent pas nécessairement toute la gamme des initiatives canadiennes pour les personnes sans abri, qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique et qui ont recours aux refuges, elles fournissent néanmoins de l'information dense et précieuse et des leçons auxquelles il faut s'arrêter.

Les établissements relatifs à la santé confirment les constatations des entrevues avec les informateurs clés : l'intégration des services de soins et d'hébergement est encore rare au Canada. Le travail entrepris par Seaton House et St. Michael's Hospital à Toronto semble être exceptionnel. De même, les soins palliatifs aux personnes sans abri sont fournis principalement sur une base ponctuelle et au moyen de ressources limitées, à l'exception de quelques exemples notables comme le Mission Home Hospice à Ottawa et l'Infirmary de Seaton House à Toronto.

Compte tenu du vieillissement de la population, de l'intensification du problème de l'itinérance et des problèmes des santé de plus en plus complexes et graves de cette population, il est clair qu'il y aura lieu d'adopter une démarche plus systématique de soins palliatifs dans l'avenir.

Quelques exemples d'une approche coordonnée entre les refuges et les établissements de soins de longue durée destinés à la population en général ont été rapportés. Un exemple (de Victoria en Colombie-Britannique) qui est analysé a été annulé, tandis que Birchmount Residence à Toronto dispose d'un certain nombre de logements réservés pour ses résidents dans un ensemble de la région pour les personnes âgées en échange d'activités et de soutien. La plupart des projets décrits dans la présente étude ont été élaborés par les grands établissements pour les sans-abri, spécialement pour les personnes sans abri, qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique. L'avantage de cette démarche est que les établissements sont adaptés à la population cible (en tolérant par exemple certaines caractéristiques comme l'alcoolisme, la toxicomanie, les problèmes de santé mentale et d'hygiène) et incluent l'intégration du soutien et des services, comme l'aide en matière d'autonomie fonctionnelle. Même si beaucoup d'informateurs clés du secteur des sans-abri ont parlé du placement des personnes sans abri dans les établissements destinés à la population en général, de tels placements ont lieu sur une base ponctuelle dans le contexte d'un système déjà débordé.

Le développement du logement et des services consacrés aux personnes âgées sans abri par les services des grands refuges soulève un certain nombre de questions. Il y a notamment la question de la protection des personnes âgées vulnérables contre les clients plus jeunes et plus susceptibles d'être prédateurs. Les mesures de protection des résidents âgés comprennent la surveillance des entrées (avec des caméras ou avec de la surveillance à la réception) et l'établissement du logement des clients âgés dans des immeubles et à des endroits séparés et distincts des grands refuges. Cette stratégie soulève en retour des questions sur l'environnement idéal des options de logement pour les personnes sans abri, qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique. Les études de cas incluaient des ensembles et établissements dans le centre-ville, près du soutien et des services, et d'autres dans la banlieue, loin des irritants et des situations dangereuses.

Le soutien des gouvernements de tous les niveaux, et la collaboration inter-sectorielle et inter-disciplinaire, semblent être les clés du succès. Un autre ingrédient important semble être l'adoption d'une approche de développement communautaire : on identifie ainsi les besoins et on fait les changements « à partir de la base », et ce sont les membres de la collectivité et les fournisseurs de première ligne qui sont les agents du changement.

Malgré la mise en oeuvre des solutions énoncées dans le présent document, la majorité des besoins des personnes sans abri, qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique ne sont toujours pas satisfaits au Canada. La plupart des établissements recensés dans cette étude ont des listes d'attente. Les fournisseurs de services soutiennent que même si le nombre de places disponibles doublait ou triplait, cela ne suffirait pas à satisfaire à la demande.

6. AUTRES ÉTUDES À ENVISAGER

Il existe une soif d'échange d'information et de communication sur les expériences de prestation d'hébergement, de soutien et de soins aux personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique qui ont recours aux refuges. Si on a conçu de bonnes solutions pour ce groupe client, élaborées et offertes dans diverses régions du Canada, les fournisseurs n'ont en général pas le temps ou le budget pour consigner leurs défis, leurs réussites et leurs triomphes et pour en parler avec d'autres qui font du travail semblable dans d'autres régions de notre grand pays. Il y a donc lieu d'offrir un forum abordable, ou une méthode, permettant aux fournisseurs de communiquer leurs expériences, leurs idées et leurs opinions.

Il y a également lieu de faire d'autres études sur divers sujets entrevus dans la présente enquête préparatoire.

- Il faut analyser comment Birchmount (N° 8) a réussi à surmonter le syndrome du « pas dans ma cour » d'abord ressenti par la collectivité, afin de faire connaître les bonnes stratégies. Non seulement ces connaissances sont-elles précieuses pour les fournisseurs de services aux sans-abri, mais elles pourraient aussi être utiles aux organisations ou aux ministères qui veulent créer du logement supervisé et des services dans les ensembles résidentiels.

- La présente enquête a analysé des ensembles et des établissements de dimensions très différentes. Les informateurs clés convenaient de façon générale que l'ensemble ou l'établissement de dimensions idéales s'adresse à un groupe de 30 à 50 personnes, et mieux encore de 25 personnes; pourtant, dans la réalité, les établissements semblent avoir besoin des économies d'échelles réalisées lorsqu'ils accueillent un nombre plus élevé de clients/résidents sous un seul toit. Une étude de la viabilité financière de divers ensembles et établissements de dimensions variées s'impose.

- Le bien-fondé de l'intégration d'un établissement de soins de longue durée dans un grand refuge qui accueille des sans-abri de tous les âges est mis en question, à cause de la vulnérabilité de la population fragile des personnes âgées devant les prédateurs plus jeunes. Il faut étudier les divers moyens qui ont été utilisés pour séparer et protéger les sans-abri plus vulnérables.

- La présente enquête n'a pas trouvé d'initiatives répondant aux besoins des femmes âgées sans abri, même si les femmes représentent une proportion notable de la population des sans-abri. Ce sujet doit être étudié davantage.

- Une approche de développement communautaire – dans laquelle les membres de la collectivité, les fournisseurs de services, les clients et les autres intervenants immédiats définissent le problème, imaginent la solution et participent à son élaboration – semble commune à un certain nombre des ensembles étudiés. Les

incidences de cette approche, par rapport à une démarche planifiée et prédéterminée, pourraient générer beaucoup de leçons utiles.

- Diverses personnes interrogées dans les études de cas ont souligné l'importance de fournir aux résidents/clients qui sont des anciens sans-abri des possibilités de loisirs et de divertissement, afin de créer de l'interaction sociale en vue de parvenir à la réintégration sociale. Les incidences à court terme et les résultats à long terme de ce genre d'intervention pourraient révéler une gamme de solutions sociales (plutôt que de nature médicale ou ayant trait aux établissements) pour répondre aux besoins de cette population.

- La présente étude fait état de quelques-unes des difficultés d'évaluation et de placement des personnes sans abri dans les établissements de soins de longue durée destinés à la population en général; elle ne va toutefois pas plus loin pour examiner comment les personnes anciennement sans abri s'ajustent à la vie en établissement et comment les établissements s'ajustent à elles. Ces connaissances seraient certainement précieuses pour les fournisseurs de soins de longue durée en établissement, pour les responsables de la planification des sorties dans les hôpitaux et pour les fournisseurs de services communautaires.

ANNEXE A : ANALYSE DOCUMENTAIRE

TABLE DES MATIÈRES

OPTIONS DE LOGEMENT POUR les personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique ayant recours aux refuges pour sans-abri 1

RAPPORT FINAL 1

1. introduction 6

2. MÉTHODES DE RECHERCHE 7

2.1 MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES 7

2.2 DÉFINITIONS 8

3. CONSTATATIONS DES ENTREVUES AVEC LES INFORMATEURS-CLÉS 9

3.1 PERSONNES ÂGÉES SANS ABRI 9

3.2 PERSONNES HANDICAPÉES SANS ABRI ET ATTEINTES D'UNE MALADIE CHRONIQUE 9

3.2 ACCÈS AUX SOINS DE LONGUE DURÉE EN ÉTABLISSEMENT POUR LA POPULATION EN GÉNÉRAL 11

3.3 ACCÈS DES PERSONNES SANS ABRI AUX SOINS DE LONGUE DURÉE EN ÉTABLISSEMENT 12

Processus d'évaluation 12

Besoin de défenseurs 13

Facilité de coordination entre les services 13

3.4 SOUTIEN REQUIS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES CLIENTS SANS ABRI 13

3.5 ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE DESTINÉS À LA POPULATION EN GÉNÉRAL 15

3.6 STRATÉGIES DE SOINS DE LONGUE DURÉE POUR LES PERSONNES SANS ABRI, QUI SONT ÂGÉES OU ATTEINTES D'UNE MALADIE CHRONIQUE 16

3.7 ÉTABLISSEMENTS IDÉALS POUR LES PERSONNES SANS ABRI, QUI SONT ÂGÉES OU ATTEINTES D'UNE MALADIE CHRONIQUE 17

4. Études de cas : résumé des constaTAtions 20

5. RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS 25

Annexe A : ANALYSE DOCUMENTAIRE 30

Table DES MATIÈRES 30

1. 32

Introduction **33**

2. prévalence des Personnes âgées sans abri **33**

Données canadiennes *33*

Données américaines *35*

Données du Royaume-Uni *36*

Données de l'Australie *36*

3. TENDANCES ET CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES DE L'ITINÉRANCE DES PERSONNES ÂGÉES **40**

La chronicité et la persistence de l'itinérance des personnes âgées *40*

Victimisation et vulnérabilité des personnes âgées sans abri *41*

Institutionnalisation de la vie dans les refuges *42*

4. Santé **43**

Santé physique et itinérance – tous les groupes d'âge *43*

Santé physique et itinérance – tous les groupes d'âge *44*

Santé physique et itinérance – personnes âgées *45*

Accès aux soins de santé – tous les groupes d'âge *46*

5. SOLUTIONS À LONG TERME ET RÉINSTALLATION **47**

Solutions à long terme et réinstallation des personnes âgées sans abri *48*

Services de relève *49*

Annexe B : BibliograpIE **51**

Annexe C : guides des entrevues avec les INFORMATEURS-CLÉS **55**

Annexe D : LISTE DES INFORMATEURS-CLÉS **59**

Annexe E : ÉTUDES DE CAS DÉTAILLÉES **62**

ÉTUDE DE CAS N^{O} 1 : HOSPICE POUR LES SANS-ABRI, LA MISSION - OTTAWA, ONTARIO 62

ÉTUDE DE CAS N^{O} 2 : SEATON HOUSE INFIRMARY - TORONTO, ONTARIO 65

Description physique *65*

ÉTUDE DE CAS N^{O} 3 : INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DU REFUGE – TORONTO, ONTARIO 67

ÉTUDE DE CAS N^{O} 4 : HAZELTON RESIDENCE – VANCOUVER, COLOMBIE-BRITANNIQUE 69
ÉTUDE DE CAS N^{O} 5 :PROJET DE MAISON DE TRANSITION POUR LES AUTOCHTONES À MOBILITÉ RÉDUITE – WINNIPEG, MANITOBA 72
ÉTUDE DE CAS N^{O} 6 :RÉSIDENCE DU VIEUX-PORT – MONTRÉAL, QUÉBEC 74
ÉTUDE DE CAS N^{O} 7 : MAISON CLAIRE-MÉNARD – MONTRÉAL, QUÉBEC 77
ÉTUDE DE CAS N^{O} 8 : BIRCHMOUNT RESIDENCE - TORONTO, ONTARIO 79
ÉTUDE DE CAS N^{O} 9 : LEGION WING - PRINCE GEORGE, COLUMBIE-BRITANNIQUE 83
ÉTUDE DE CAS N^{O} 10 :VETERANS' MEMORIAL MANOR – VANCOUVER, COLOMBIE-BRITANNIQUE 86
ÉTUDE DE CAS N^{O} 11 :FORMER INTEGRATED PROGRAM, OAK BAY LODGE – VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE 89
ÉTUDE DE CAS N^{O} 12 :FAIRWAY WOODS -- VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE 92
ÉTUDE DE CAS N^{O} 13 : PIONEER INN – WHITEHORSE, YUKON 95

Annexe F : QUESTIONS DE L'ÉTUDE DE CAS 97

1.

INTRODUCTION

La présente analyse documentaire porte sur les études et les rapports entrepris sur deux thèmes convergents : les personnes sans abri, celles qui sont âgées, et celles qui sont atteintes de maladie chronique. Comme l'avons déjà vu, la mauvaise santé des adultes sans abri, particulièrement les personnes atteintes de maladie chronique, accélère leur vieillissement. Si les études sur les problèmes de santé des personnes sans abri sont abondantes, reflétant peut-être le coût public des maladies physiques et psychologiques, les chercheurs reconnaissent que le problème de l'itinérance chez les personnes âgées n'a pas été suffisamment étudié. Comme la prochaine section l'indique, les personnes âgées sont généralement une petite proportion de la population des sans-abri; cela explique peut-être en partie pourquoi il n'y a pas de recherche approfondie sur ce groupe. Les études ne clarifient pas pourquoi les proportions sont plus faibles. Les explications avancées vont du processus de « sélection naturelle » lié au taux de mortalité élevé des personnes sans abri (p. ex. : O'Connell et al. 1990), au fait que les personnes âgées sans abri, en évitant d'avoir recours aux refuges et aux services, deviennent « invisibles » (p. ex. : Kutza et Keigher 1991), et au fait que le plus grand nombre de soutiens sociaux offerts aux personnes de plus de 65 ans réduit le risque d'itinérance dans cette tranche d'âge (p. ex. : Cohen 1999).

L'analyse documentaire porte principalement sur la question des personnes âgées sans abri, en commençant par la revue des études entreprises sur la prévalence et les profils, suivie d'une discussion des causes de l'itinérance des personnes âgées, puis des questions soulevées dans la recherche des solutions. La discussion sur les personnes âgées sans abri est suivie d'un aperçu des problèmes de santé des sans-abri, particulièrement ceux qui affligent les personnes âgées et les questions soulevées dans le traitement. La section finale présente un aperçu très généralisé et aléatoire de quelques-unes des démarches applicables aux personnes sans abri, qui sont âgées ou atteintes d'une maladie chronique, selon ce qui a été décrit dans les études examinées, plutôt que selon une analyse plus complète des ensembles et des programmes.

2. PRÉVALENCE DES PERSONNES ÂGÉES SANS ABRI

Données canadiennes

L'absence d'une définition uniforme des « personnes âgées » cesse d'être un souci théorique pour revêtir un caractère pratique à l'analyse et à la comparaison des données sur le nombre de personnes sans abri. La présente section examine des études entreprises dans les villes canadiennes et ailleurs sur la prévalence et le profil des personnes âgées sans abri ou sur l'itinérance dans cette tranche d'âge. L'aperçu des études illustre quelques-unes des difficultés de définir l'itinérance (par exemple dormir à la dure, avoir recours aux refuges, utiliser les services) et la complexité d'établir le compte des personnes sans abri. Certains comptes sont fondés sur des « comptes ponctuels périodiques », ou des comptes en un seul jour (par exemple à Vancouver)[2], tandis que

[2] Certains considèrent que les dimensions de la population qui est sans abri au cours d'une année pourraient être entre trois et cinq fois plus importantes que le nombre de personnes comptées en une seule nuit (Crane 2001).

d'autres sont des études de prévalence (par exemple sur une période d'un an à Montréal), et d'autres encore couvrent une période beaucoup plus longue, comme la collecte de données sur une période de neuf ans sur les personnes ayant recours aux centres d'hébergement à Toronto.

Toronto

Les données concernant les centres d'hébergement de Toronto sont l'une des sources les plus riches d'information sur les personnes sans abri. L'analyse des données collectées sur une période de neuf ans (1988-1996) révèle que 13 % des usagers étaient âgés de 45 à 64 ans et que 2 % avaient plus de 65 ans, ce qui a amené les auteurs à conclure que « la présence des personnes de plus de 45 ans est beaucoup moins commune parmi la population des sans-abri que dans la population en général de Toronto. » [TRADUCTION] (Springer et al. 1998). Toutefois, en analysant de plus près l'aspect chronicité des données sur les centres d'hébergement, les chercheurs ont constaté que les personnes de plus de 50 ans (10 % de la clientèle) demeuraient dans les centres d'hébergement deux fois plus longtemps que celles de moins de 50 ans. Les données de Toronto révèlent également ce qui suit :

- 24 % des personnes ayant recours aux centres d'hébergement étaient des femmes.
- Le motif indiqué du recours au centre d'hébergement est le plus souvent « itinérant » ou « inconnu » pour ce groupe d'âge, dans une proportion de 37,5 % chez les personnes entre 50 et 54 ans, à 42,3 % pour les personnes de plus de 65 ans. La proportion pour toutes les personnes ayant recours aux centres d'hébergement est 29 %.
- Les personnes de plus de 50 ans ayant recours aux centres d'hébergement sont sur-représentées parmi la population qui fait son entrée dans le système en passant par l'hôpital – elles constituent entre 5 % et 7 % de ce groupe d'âge par rapport à 3 % de l'ensemble des personnes ayant recours aux centres d'hébergement.
- En outre, les personnes qui arrivent des hôpitaux et d'autres programmes de traitement, et celles qui viennent du système correctionnel, sont les deux types d'usagers les plus « chroniques ». La probabilité que les personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital passent un an ou plus en centre d'hébergement est de 28 %, tandis qu'elle est de 30 % chez celles qui viennent du système correctionnel. Leur sortie pour aller en logement stable, privé et subventionné, est plus faible que prévue. La proportion prévue est 15 %, tandis qu'elle était de 9 % pour les usagers de 60 à 64 ans et de 11 % pour ceux de 50 à 59 ans et pour ceux de plus de 65 ans.
- L'analyse des données sur les centres d'hébergement au cours de la période de neuf ans indique une augmentation de la proportion des personnes de moins de 18 ans et une diminution de la proportion des personnes de plus de 45 ans, qui est passée de 18 % à 14 %.

Montréal et Québec

Une étude de Santé Québec sur le recours aux refuges et aux centres de traitement de jour à Montréal et à Québec au cours d'une période d'un an a révélé que les personnes âgées de 45 ans et plus représentaient 35 % de la population étudiée (Fournier et al. 1998). La comparaison des personnes âgées aux autres usagers des services et des refuges a révélé

qu'elles avaient été mariées, qu'elles avaient eu des enfants et qu'elles n'avaient pas travaillé au cours de la dernière année.

Vancouver

Un compte en un seul jour de la population des personnes sans abri de la région métropolitaine de Vancouver entrepris en janvier 2002 a révélé que 5 % d'entre elles avaient plus de 55 ans et 15 % avaient entre 45 ans et 54 ans (Eberle Planning and Research et al. 2002). En fixant à 55 ans l'âge d'entrée dans la catégorie des personnes âgées, les chercheurs ont constaté que les hommes étaient prédominants et que la plupart étaient parmi les plus jeunes des personnes âgées (entre 55 ans et 64 ans). Le motif de l'itinérance invoqué par la plus grande proportion était l'expulsion (25 %) et la plupart avaient été sans abri moins d'un mois. Elles étaient en assez mauvaise santé; 78 % avaient au moins un problème de santé, par rapport à 66 % de toutes les personnes sans abri étudiées.

Calgary

Les données réunies au cours d'une période de quatre mois sur le recours aux organisations pour les personnes sans abri et aux refuges du centre-ville de Calgary (Holley et Arboeda-Flórez 1997) ont révélé que 13 % des usagers avaient entre 45 ans et 54 ans, que 6 % avaient plus de 55 ans et que 14 % étaient des femmes, soit une proportion moins élevée que dans les groupes d'âge plus jeunes. La poursuite de l'analyse des données révèle également que les personnes âgées ayant recours aux refuges consomment une proportion plus élevée de ressources que les groupes d'âge plus jeunes. Ainsi, si les personnes de 55 ans et plus représentaient 6 % de la population étudiée, elles consommaient 10 % de ses ressources.

Edmonton

Un compte en un seul jour fait à Edmonton (Edmonton Task Force on Homelessness 1999) a déterminé qu'il y avait 836 personnes sans abri (les personnes vivant en absence de logement absolue et les personnes vivant dans les refuges et dans les autres centres d'hébergement d'urgence). Les personnes de plus de 55 ans constituaient une proportion de 9 % et elles vivaient presque toutes dans des refuges.

Données de recensement

Les données de recensement 2001 fournissent de l'information sur les logements collectifs, incluant les refuges. Même s'il sous-estime probablement le nombre de personnes sans abri, le recensement a révélé que 14 150 personnes vivaient dans des refuges au Canada. Les personnes de 65 ans et plus constituaient 10 % de la totalité et plus de la moitié étaient des femmes (54 %), tandis que les femmes représentaient 38 % de toutes les personnes ayant recours aux refuges (Statistique Canada 2002).

Données américaines

L'analyse des études américaines entreprises sur l'itinérance jusqu'en 1997-1998 a révélé que si la proportion des personnes âgées sans abri avait diminué, leur nombre absolu avait augmenté et cette tendance allait probablement se poursuivre, compte tenu du vieillissement de la génération du baby-boom (Rosenheck et al.1999). Une analyse des personnes ayant recours aux refuges dans huit villes a révélé que jusqu'à 27 % étaient

âgées de 60 ans et plus et que ce groupe « peut constituer une proportion encore plus élevée de la population des personnes sans abri parce que les personnes âgées peuvent éviter de façon générale d'avoir recours aux refuges » [TRADUCTION] (Kutza et Keigher 1991). D'autres études ont révélé des proportions très différentes, se situant entre un maximum de 42 % des hommes et de 36 % des femmes ayant recours aux refuges de Boston qui étaient âgés de 45 ans et plus, et 24 % des personnes ayant recours aux refuges du Bowery qui étaient âgées de 65 ans et plus, et un minimum de 6 % des personnes ayant recours aux refuges de Chicago qui étaient âgées de 55 ans et plus (Kutza et Keigher 1991). À Boston, deux enquêtes sur les personnes âgées sans abri ont révélé une augmentation de 25 % entre 1993 et 1997 du groupe d'âge des personnes âgées (Gibeau 2001).

Les anciens combattants semblent former une partie disproportionnée de la population des personnes sans abri (Buckner 2001; Hecht et Coyle 2001). Les femmes représentent une proportion plus importante des personnes ayant recours aux services, elles sont plus nombreuses à être atteintes de maladie mentale grave, mais moins nombreuses à être alcooliques, toxicomanes et délinquantes par rapport aux hommes et aux femmes plus jeunes sans abri (Rosenheck et al. 1999).

Données du Royaume-Uni

Les statistiques officielles du nombre de personnes âgées sans abri (âgées de 60 ans et plus) en Angleterre indiquent que leur nombre a diminué, passant de 6 020 ménages en 1994-1995 à 3 740 ménages en 1999-2000 (Crane 2001). Mais ces données concernent des foyers et les itinérants au sens de la loi [qu'est-ce que cela signifie?]. Certains estiment que le nombre réel de personnes âgées sans abri pourrait être deux fois plus élevé que le nombre indiqué dans les statistiques, compte tenu du fait, par exemple, que les personnes qui dorment à la dure ne sont pas incluses. Les études de Londres indiquent qu'au cours de l'année 1999-2000, 19 % des personnes qui dormaient à la dure avaient plus de 50 ans.

Une enquête effectuée auprès de 225 personnes sans abri de Glasgow a constaté que 34 % des personnes de l'échantillon étaient âgées de 55 ans et plus, et que plus de 90 % étaient des hommes. Une proportion plus élevée des groupes plus jeunes avait dormi à la dure au cours de l'année précédente, par rapport aux personnes de 55 ans et plus. Les personnes ayant recours aux centres d'hébergement pour une longue durée sont plus susceptibles d'être âgées : 15 % des personnes de 55 ans et plus y étaient depuis deux à trois ans; 63 % y étaient depuis plus de trois ans. Par comparaison, 25 % des personnes ayant recours aux maisons d'hébergement âgées de 35 à 54 ans et seulement 3 % des personnes âgées de 25 ans à 34 ans étaient demeurées aussi longtemps dans une maison d'hébergement (Kershaw et al. 2000).

Données de l'Australie

Selon le Council for Homeless Persons (nd), environ 250 000 personnes de 60 ans et plus sont sans abri ou risquent de le devenir, en Australie. Il s'agit de personnes qui sont locataires, qui vivent dans des maisons de pension ou qui sont sans abri et dont le revenu annuel est inférieur à 12 000 $. Les anciens combattants constituent 10 % de cette population. Les données sur les usagers du Supported Accommodation Assistance

Program (SAAP) font état de chiffres beaucoup moins élevés : 5 %, soit 5 000 personnes.

Les causes de l'itinérance chez les personnes âgées

Les études révèlent que les causes fondamentales de l'itinérance des personnes âgées sont les mêmes que pour les personnes sans abri de tous les âges : une combinaison de facteurs structurels comme la disponibilité de l'emploi et du logement abordable, et des facteurs personnels comme la solidité des réseaux sociaux, les problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme, et les troubles psychiatriques.

Une étude australienne situe l'itinérance des jeunes et des personnes âgées dans un contexte de « désenchantement social » qui résulte de la restructuration économique et sociale qui a notamment vu le soutien financier passer du secteur public aux secteur privé, la pénurie subséquente de logement locatif public et le déclin de l'abordabilité (Hallebone 1997). Au Royaume-Uni et aux États-Unis, la perte de logement abordable (Bottomley et al. 2001; Rosenheck et al. 1999), l'accès à ce type de logement (Hecht et Coyle 2001; Hawes 1999), particulièrement pour les personnes âgées des minorités aux États-Unis (Rosenheck et al. 1999), et l'incapacité de payer, y compris les arriérés de logement et de prêt hypothécaire (Hawes 1999), sont cités comme des causes de l'itinérance. Il ressort de nombreuses études que l'expulsion est une des causes immédiates de l'itinérance (Eberle Planning and Research et al. 2002; Hecht et Coyle 2001; Hawes 1999; Rosenheck et al. 1999; Crane 1999). L'accès limité aux services de soutien pour les personnes âgées des minorités s'est également révélé un facteur de l'itinérance aux États-Unis (Rosenheck et al. 1999) et à Londres pour les personnes âgées sans abri (Crane 2001), tandis qu'une étude effectuée en 1996 à Londres a révélé que l'augmentation du nombre de personnes âgées sans abri découlait des échecs du système de soins communautaires (Hawes 1999).

Interrogées sur les motifs de leur itinérance actuelle, les personnes jeunes et âgées ayant recours aux refuges en Californie ont fait état de problèmes également prévalents de perte d'emploi et de manque d'accès au logement abordable. Les personnes âgées sans abri étaient toutefois plus susceptibles d'invoquer la toxicomanie ou l'alcoolisme, ou des blessures ou la maladie, tandis que les personnes plus jeunes ayant recours aux refuges étaient plus susceptibles d'invoquer la violence familiale et la sortie de prison (Hecht et Coyle 2001). Des différences entre les hommes et les femmes sont ressorties : les hommes étaient deux fois plus susceptibles de répondre que la perte d'emploi était le facteur précipitant tandis que les femmes étaient près de trois fois plus susceptibles d'invoquer l'expulsion. Les auteurs concluent que « les deux types de causes structurelles de l'itinérance (les emplois et le logement abordable) peuvent affecter différemment les personnes selon leur sexe » [TRADUCTION] (Hecht and Coyle 2001).

Certaines études établissent un lien entre l'itinérance chez les personnes âgées et la désinstitutionnalisation. Par exemple, Tully (1994) cite une étude de la Chambre des représentants des États-Unis qui indique que plus de 50 % des personnes sans abri de 50 ans et plus sont atteintes de maladies mentales chroniques. Une étude réalisée à Détroit en 1988 a révélé que la sortie d'un contexte institutionnel était la principale cause immédiate de l'itinérance ches les personnes de 54 ans et plus (Hawes 1999). Des différences entre les hommes et les femmes sont ressorties : les femmes qui ont recours aux refuges en

Californie étaient en moyenne cinq ans plus vieilles que les hommes et étaient considérablement plus susceptibles que tout autre groupe de faire état d'antécédents de problèmes de santé mentale (Hecht et Coyle 2001).

La pauvreté est intimement liée au besoin de logement abordable, à la perte d'emploi et à l'expulsion. Si les personnes âgées sans abri peuvent sembler « avoir un revenu plus régulier grâce aux pensions ou à la sécurité sociale que les sans-abri plus jeunes, les femmes âgées pauvres qui n'ont jamais travaillé, les personnes dont les avantages sont très limités et les personnes âgées dont d'autres ont exploité les maigres revenus sont encore trop pauvres pour subvenir à leurs besoins dans un logement stable » [TRADUCTION] (Rosenheck et al. 1999). Cohen (1999), lorsqu'il fait état de la proportion moins élevée des personnes sans abri de 65 ans et plus, l'attribue à la disponibilité des diverses allocations financières et propose que « le risque de devenir sans abri est considérablement plus élevé pour les personnes de 50 ans à 65 ans que pour celles de 65 ans et plus ». [TRADUCTION]

La question des relations, de la fin des relations et de la perte du soutien social semble être un autre facteur important de l'itinérance des personnes âgées soulevé dans de nombreuses études.[3] Cohen (1999) a constaté que les personnes âgées sans abri « ne font habituellement pas partie du genre de réseau familial diversifié qui caractérise les personnes de leur âge de l'ensemble de la population » [TRADUCTION]. Hawes (1999) croit qu'on peut considérer l'itinérance des personnes âgées comme « un résultat extrême du conflit familial ». Les conflits familiaux peuvent être causés par la retraite, par les relations insatisfaisantes qui deviennent intenables et par des échecs matrimoniaux, voire relationnels. La violence physique et psychologique peut également être une cause, comme les conflits économiques et financiers. Une étude sur les personnes jeunes et âgées ayant recours aux refuges à Bakersfield, en Californie, a révélé que si les usagers âgés (plus de 55 ans) étaient presque deux fois plus susceptibles de faire état de ressources économiques que les jeunes (sécurité sociale, revenu d'invalidité, pension d'ancien combattant, etc.), la durée de leur épisode d'itinérance était plus longue. Les chercheurs croient que cela pourrait être attribuable à la diminution des « ressources sociales » des personnes âgées, « c'est-à-dire des relations avec les autres qui pourraient les aider à résoudre simplement quelques-uns de leurs problèmes de logement, par exemple en habitant avec quelqu'un d'autre » [TRADUCTION] (Hecht et Coyle, 2001).

Crane (1999) a constaté dans une étude sur les personnes âgées sans abri de quatre villes du Royaume-Uni que le manque de logement abordable, la pauvreté et le chômage avaient peu d'influence sur le recours des participants à l'étude, aux refuges. Les causes étaient plus complexes et liées à des « manques personnels d'adaptation, au stress accumulé avec le temps et à la maladie mentale » [TRADUCTION] (Crane 1999). Ces constatations font écho à une étude réalisée en 1988 à Détroit, qui a révélé que « les difficultés d'établir des rapports avec les autres tout au long de la vie » [TRADUCTION] étaient une cause importante de l'itinérance, comme le manque de soutien familial, le comportement criminel et la toxicomanie (Hawes 1999). D'autres études font état de la

[3] Il faut noter que le soutien social et le soutien familial sont des causes importantes de l'itinérance des autres groupes de personnes sans abri, surtout les jeunes.

proportion élevée des personnes âgées sans abri qui ont connu « des événements perturbateurs au cours de leur enfance » [TRADUCTION] ou qui ont été élevées par des parents, par des parents adoptifs ou dans des orphelinats (Cohen 1999). L'étude de Crane en 1999 révèle que le chômage n'est généralement pas un facteur de l'itinérance, et que lorsqu'il en est un, il est compensé par les états et par les événements sociaux et psychologiques, comme l'abandon du travail et le départ du foyer suite à un décès ou à la fin d'une relation. Il est ressorti en outre que si la pauvreté était une réalité lorsque les personnes devenaient sans abri, peu d'entre elles étaient pauvres auparavant. La maladie mentale, la détresse et la faiblesse des habiletés d'adaptation menaient à des difficultés financières (Crane 1999). Une étude réalisée en 1993 au Royaume-Uni a révélé que 16 % des personnes sans abri de 60 ans et plus ont dit avoir perdu leur logement suite au décès d'un conjoint ou d'un ami intime, et 7 % ont attribué la perte de leur logement à la fin d'une relation (Hawes 1999).

Crane (2001) distingue trois grands types de personnes âgées sans abri, quant aux différents tracés qui les ont menées à l'itinérance. Les premières sont les personnes qui ont été sans abri depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Dans une étude portant sur 267 personnes âgées sans abri, il est ressorti que 7 % d'entre elles avaient été sans abri depuis 41 ans ou plus (Crane 2001). Les causes de l'itinérance de ce groupe incluent l'enfance brisée et perturbée, l'après-vie militaire ou la dissolution du mariage au début de l'âge adulte. Les secondes sont devenues sans abri quand elles étaient des adultes d'âge moyen, après avoir vécu avec leurs parents toute leur vie et s'être retrouvées ensuite incapables de s'occuper d'elles-mêmes à la mort de leurs parents; ou elles avaient occupé des emplois de travailleurs non qualifiés et étaient devenues sans abri quand elles n'ont pu se trouver du travail. Les troisièmes sont les personnes qui sont devenues sans abri quand elles étaient âgées. L'itinérance de ce groupe est amorcée par le veuvage, par la dissolution du mariage ou par la maladie mentale (Crane 2001). Rosenheck et al. (1998) ont constaté des tendances semblables dans leur analyse des études américaines : les personnes âgées deviennent souvent sans abri pour la première fois au moment du décès d'un conjoint, d'un enfant ou d'un ami qui avait pris soin d'elles ou qui les soutenait financièrement. Si les sentiers vers l'itinérance peuvent varier, ils ont tous des facteurs semblables qui entrent en jeu, incluant des stress prolongés ou multiples, les difficultés d'adaptation et de vie sociale, un réseau de soutien insuffisant, la maladie mentale et les problèmes d'alcool (Crane 2001).

Certaines études indiquent que le processus qui mène de nombreuses personnes âgées à l'itinérance est rapide et abrupt. L'étude réalisée par Crane dans quatre villes a révélé que 60 % des membres du groupe étaient passés rapidement et directement d'un logement sûr à l'itinérance (Crane 1999). À Chicago, la majorité des 157 personnes âgées étaient devenues sans abri au cours de la dernière année, parce qu'elles avaient été expulsées, à cause de conflits familiaux et pour des raisons de santé mentale (Crane 1999). À Boston, des enquêtes sur les personnes âgées sans abri ont révélé une augmentation générale de 25 % du nombre de personnes du groupe entre 1993 et 1997 et une augmentation de 85 % des personnes âgées sans abri depuis peu (Gibeau 2001). D'autres études laissent plus croire à une « glissade » vers l'itinérance. Par exemple, il ressort d'une étude à New York que « les femmes âgées avaient connu en moyenne trois événements ou crises de vie au

cours de la période d'un à cinq ans précédant leur itinérance » [TRADUCTION] (Cohen 1999).

3. TENDANCES ET CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES DE L'ITINÉRANCE DES PERSONNES ÂGÉES

Les études sur l'itinérance des personnes âgées établissent des tendances et des caractéristiques particulières, y compris (comme nous l'avons vu plus haut) la chronicité de l'itinérance des personnes âgées, leur vulnérabilité, le processus « d'institutionnalisation du recours aux refuges » et les problèmes de santé particuliers de ce groupe.

La chronicité et la persisaence de l'itinérance des personnes âgées
Les données des études canadiennes et d'ailleurs indiquent que les problèmes d'itinérance chronique sont plus aigus chez les personnes âgées (Kershaw et al. 2000; Springer et al. 1998; Holley et Arboeda-Flórez 1997), et que si la proportion des personnes âgées sans abri est peut-être relativement faible, elle est en train d'augmenter. On a demandé aux personnes âgées ayant recours aux refuges (55 ans et plus) de Bakersfield, en Californie, depuis combien de temps durait leur période courante d'itinérance. Elle était en moyenne de 742 jours chez les personnes âgées ayant recours aux refuges, par rapport à 338 jours chez les jeunes qui y avaient recours (Hecht et Coyle 2001). L'analyse de l'itinérance en Grande-Bretagne a révélé que trois ans après le sommet de la crise de l'itinérance en 1992, les praticiens du logement « commençaient, de source anecdotique, à observer que même si les nombres diminuaient, la proportion de personnes âgées qui prétendaient être sans abri et vulnérables à cause de leur âge semblait plutôt en train d'augmenter… » [TRADUCTION] (Hawes 1999). Une enquête réalisée en un seul jour dans les refuges de Boston a révélé que 53 % des personnes âgées avaient été sans abri plus de deux ans. Une enquête de suivi réalisée un an plus tard a non seulement trouvé encore plus de personnes âgées, mais elle a également révélé que la proportion des personnes âgées qui avaient été sans-abri pendant deux ans ou plus avait augmenté, et que les problèmes de santé de ce groupe s'étaient intensifiés. Dans la première enquête, 76 % des personnes étaient atteintes d'au moins une déficience; un an plus tard, cette proportion avait atteint 91 %. Une autre enquête de suivi réalisée en 1999 a révélé une autre augmentation de 10 % de la population des personnes sans abri (Gibeau 2001).

La durée de l'itinérance des personnes de 50 ans et plus a été liée à un manque de services pour ce groupe. À Londres, en Angleterre, il est ressorti que les centres d'hébergement de première ligne comptaient trois fois plus de personnes âgées de 50 ans et plus que de jeunes personnes, en partie à cause de leurs longues périodes de séjour sans être réinstallées. L'étude a également révélé que la proportion augmentait avec l'âge. Même si cela était causé en partie par l'âge, la situation illustre l'absence de programmes efficaces de réinstallation pour les personnes âgées sans abri : 105 résidents de 50 ans et plus étaient demeurés dans leur centre d'hébergement plus de 10 ans, y compris un certain nombre de résidents qui y étaient restés au moins 20 ans, et deux autres qui y avaient passé plus de 60 ans… [TRADUCTION] » (Crane 2001). En outre, par rapport aux jeunes sans abri, les personnes âgées étaient installées dans des grands centres

d'hébergement de plus de 100 lits. Dans sa revue des programmes et des politiques aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en Suède et au Danemark, Lipman a constaté qu'il y avait peu de services qui s'adressaient aux personnes âgées. « J'ai rarement vu le système de soins des personnes âgées destiné à la population en général tenir compte des problèmes des personnes âgées sans abri : on considère plutôt qu'elles font partie de la population générale des sans-abri. Par conséquent, les services offerts aux personnes âgées sans abri sont, dans pratiquement tous les cas, installés dans les refuges de nuit ou dans les centres de traitement de jour. Il s'agit souvent d'endroits dangereux et violents où il ne convient absolument pas d'installer des services qui s'adressent à un groupe si vulnérable » [TRADUCTION] (Lipmann, 1995).

Les données sur la réinstallation, qui sont relativement rares, indiquent qu'il peut être difficile de maintenir cette population en logement permanent. Une étude au Royaume-Uni a constaté que « plus de la moitié des personnes qui sont réinstallées redeviennent sans abri et, curieusement, cela comprend des personnes qui retournent dans la rue même si elles ont un endroit où habiter… » [TRADUCTION] (Hawes 1999). C'est peut-être en partie parce que le volet « soutien » de la stratégie de réinstallation serait inadéquat ou mal conçu.

La prévalence des problèmes de santé mentale des personnes âgées sans abri est peut-être un autre facteur lié à la persistance de l'itinérance, parce que la maladie mentale « déforme leurs perceptions de la réalité, influe sur leur capacité de chercher et d'accepter des services, et les maintient ainsi dans l'itinérance » [TRADUCTION] (Crane 2001).

Victimisation et vulnérabilité des personnes âgées sans abri

L'une des observations constantes émanant des études sur les personnes âgées sans abri est leur vulnérabilité à la victimisation et à l'isolement qui en découle, et le besoin de sécurité et de protection de la population des personnes âgées sans abri (Vermette 1994; Tully 1994; Kutza et Keigher 1991; Martin 1990). Tully (1994), en discutant de la pauvreté comme facteur déterminant de l'itinérance des personnes âgées, cite des études qui ont constaté que « la victimisation des hommes et des femmes âgées par d'autres personnes sans abri leur vole le peu de revenu qu'elles ont »[TRADUCTION]. Une partie de leur vulnérabilité peut être liée au processus de vieillissement lui-même : on a constaté que les personnes âgées sans abri avaient besoin de soutien parce que la détérioration de leur jugement peut entraîner « une mauvaise gestion financière, l'expulsion ou l'exploitation de leur pauvreté par d'autres; en outre, la faiblesse du revenu, la mauvaise santé et le manque de ressources sociales peuvent exclure beaucoup d'options après la perte du logement » [TRADUCTION] (Kutza and Keigher 1991). Une étude portant sur quatre villes du Royaume-Uni a révélé que seulement 12 % des personnes âgées sans abri utilisaient des services comme les centres de jour et les soupes populaires ; cette proportion était encore plus faible chez les femmes. Les raisons étaient notamment la confusion et l'ignorance des endroits qui offraient les services, ainsi que la paranoïa et le délire à l'égard des services et du personnel (Crane 2001).

Le victimisation est à la fois de nature criminelle et stigmatisante. Tully (1994) conclut ce qui suit à la fin d'une étude : « Ces personnes existent à l'intérieur d'un environnement hostile, qui accélère le processus de vieillissement et qui leur fournit peu de possibilités

de soins et d'hygiène convenables » [TRADUCTION]. Tully a également constaté que « les personnes âgées sont souvent la cible de violence. La diminution de leurs capacités physiques, leur dévalorisation et leur difficulté à se défendre en font des cibles faciles pour les jeunes sans abri, les adolescents et d'autres individus (Tully 1994). Aux États-Unis, on a constaté que les personnes âgées sans abri évitaient d'utiliser les services et le contact avec le *système*, « parce qu'elles y sont réprimandées, qu'on les fait se sentir inférieures et parce qu'elles sont incapables de tolérer les *règles*, les longues files, les longues attentes, les refuges bondés, le manque de personnel, les conseils contradictoires, la perte de l'indépendance et qu'on les fait se sentir comme si on leur avait enlevé leur statut, leur dignité et leur estime de soi » [TRADUCTION] (Bottomley et al. 2001).

Les personnes qui refusent d'avoir recours aux services finissent également par être forcées de dormir à la dure, ce qui entraîne également une sous-estimation de leurs nombres. L'étude portant sur quatre villes du Royaume-Uni a révélé que « des personnes dormaient dans des endroits obscurs comme des contenants à déchets, des cimetières et des buissons. Certaines personnes prennent tous les moyens pour cacher leur existence » [TRADUCTION] (Crane 1999). L'isolement social est un autre trait qui ressort de beaucoup d'études (Crane 2001; Bruckner 2001; Vermette 1994).

Institutionnalisation de la vie dans les refuges

Certaines études semblent démontrer que la vie dans les refuges devient un style de vie difficile à abandonner (Gibeau 2001; Cohen et al. 1997): les personnes ayant recours aux refuges y trouvent un mode de vie. On a considéré les refuges comme des « établissements polyvalents »[4] qui imposent « des contraintes si anormales aux résidents que la vie en société devient elle-même anormale » [TRADUCTION] (Keigher 1992). « Plus la personne âgée demeure longtemps dans un refuge, plus il lui faut du temps pour partir. Certaines personnes âgées en viennent même à considérer le refuge comme un chez-soi » [TRADUCTION] (Bottomley et al. 2001). Quitter un refuge peut créer considérablement d'anxiété chez une personne « qui s'est adaptée à une crise de logement en ayant recours régulièrement à un refuge, en apprenant la routine de l'endroit, en établissant des liens avec le personnel et en intériorisant le cours de la vie d'une façon qui finit par devenir un style de vie » [TRADUCTION] (Gibeau 2001).D'autres adaptations à la vie en refuge incluent « la détresse acquise » et « la personnalité et les interactions sociales » qui rendent « l'évasion » peu probable (Cohen 1999). Au Royaume-Uni, des études ont révélé que les personnes qui dorment à la dure semblent avoir recours aux centres d'hébergement pour se reposer, et non pas dans le but de se réinstaller (Randall and Brown 2000). Si cela peut expliquer en partie la durée de l'itinérance chez les personnes âgées, particulièrement celles qui ont été sans abri pendant de nombreuses années, les études n'offrent pas beaucoup d'explications des causes de la chronicité, ni de solutions. D'autres études sur l'itinérance indiquent au contraire qu'un grand nombre de sous-groupes de personnes âgées sans abri, dont certaines ont besoin de beaucoup de soutien et ont vécu longtemps dans la rue, peuvent être réinstallées avec succès (par exemple Busch-Geertsema 2000; Shinn et Baumohl 1999; Metraux et Culhane 1999).

[4] Goffman dans son étude *Asylums*.

4. SANTÉ

Santé physique et itinérance – tous les groupes d'âge
Une analyse récente de la santé et de l'itinérance au Canada (Eberle et al. 2001) révèle que les personnes sans abri sont plus susceptibles de se dire en moyenne ou en mauvaise santé que la population en général. Les personnes sans abri ont des problèmes de santé semblables à ceux de la population en général, mais leur taux est beaucoup plus élevé. Il y a également un lien fort entre l'itinérance et la santé mentale : on estime qu'environ le tiers des personnes sans abri sont atteintes de maladie mentale. Le résultat est que « l'un des coûts de l'itinérance » aux États-Unis, est la perte d'environ 20 ans d'espérance de vie… » [TRADUCTION] (Eberle et al. 2001).

Les personnes sans abri sont susceptibles de mourir de causes évitables. Une étude à Philadelphie a révélé qu'elles présentaient des taux de mortalité ajustés selon l'âge près de quatre fois plus élevés que ceux de la population en général, les causes principales étant les blessures, l'empoisonnement et les maladies du foie (Hibbs et al 1994). Les taux de mortalité des personnes sans abri de New York étaient supérieurs à ceux des autres villes américaines, particulièrement chez les personnes âgées sans abri (Barrow et al 1998). Les causes de décès semblent varier selon le groupe d'âge. Une étude sur les adultes sans abri de Boston a constaté que l'homicide était la cause principale du décès chez les 18-24 ans, du Sida chez les 25-44 ans et des maladies du cœur chez les 45-64 ans (Hwang et al. 1997).

Les taux de mortalité sont plus faibles au Canada, liés aux taux plus faibles d'homicide et d'infection par VIH et peut-être à la présence des soins de santé universels (Hwang 2001). Néanmoins, on a constaté que jusqu'à concurrence de 40 % des personnes sans abri du Canada [??] étaient atteintes de problèmes chroniques de santé qui incluent les maladies du cœur, l'emphysème, le diabète, l'hypertension artérielle et les problèmes musculo-squelettiques. Un nombre considérable d'entre elles sont atteintes de différents maux, et le VIH/sida est plus prévalent dans ce groupe que dans la population en général (Eberle et al. 2001). La violence constitue une menace constante. Une enquête réalisée à Toronto a révélé que 40 % des personnes sans abri avaient été victimes de violence et que 21 % des femmes sans abri avaient été violées au cours de l'année précédente. Aux États-Unis, les hommes sans abri sont environ neuf fois plus susceptibles d'être victimes de meurtre que les hommes de la population en général (Hwang 2001).

Bottomley et al. (2001) ont souligné, dans leur examen de la vie dans les refuges et des personnes âgées sans abri, la difficulté d'intégrer les soins de santé et l'itinérance. Les complications qui se dégagent de la vie en refuge ont une incidence sur la santé. La privation de sommeil est un problème (Eberle et al 2001; Bottomley et al. 2001), comme les mauvais régimes alimentaires (Crane 1999), même si une étude réalisée à Glasgow a constaté que « les personnes âgées semblaient avoir un régime alimentaire plus équilibré, que 89 % d'entre elles mangeaient une certaine forme d'aliments riches en protéines et que 56 % mangeaient des fruits ou des légumes » [TRADUCTION] (Kershaw et al. 2000). Les « irritations » mineures comme l'accès aux toilettes au besoin, particulièrement lorsque les édifices publics sont fermés, peuvent devenir des problèmes sérieux et « une personne sans-abri n'a habituellement pas accès à des douzaines de recours à la

disposition des gens chaque jour, comme un lit pour se reposer, la possibilité de ne pas être debout, une salle de bain et l'utilisation d'un vaporisateur. L'argent peut être un obstacle majeur : il peut être nécessaire de payer à la pièce les médicaments, les fournitures, les soins dentaires et la réadaptation. Il peut être difficile, sinon impossible, de suivre un régime et d'entreposer des médicaments » [TRADUCTION] (Kushner 1998). Beaucoup de personnes sans abri doivent se lever et quitter le refuge au cours de la journée, peu importe comment elles se sentent ou la température à l'extérieur (Bottomley et al. 2001). Elles peuvent être forcées de marcher des milles chaque jour pendant que les refuges sont fermés, «… elles sont souvent 'chassées' lorsqu'elles s'asseoient dans les stations de chemin de fer ou dans les cafés, et elles errent dans les rues la nuit par crainte d'être attaquées si elles se reposent. L'obligation de demeurer sur leurs pieds longtemps et de marcher constamment, parfois dans des chaussures mal ajustées, provoque des problèmes de circulation… » [TRADUCTION] (Crane 1999). « Le bon soin des pieds exige la détection précoce des problèmes, de l'éducation sur l'hygiène des pieds et le port de bas et de chaussures convenables » [TRADUCTION] (Hwang 2001).

Les petits malaises peuvent aussi devenir fréquemment des gros problèmes complexes de santé (Bottomley et al. 2001). À Glasgow, presque les deux tiers des personnes sans abri étudiées avaient une certaine forme de maladie depuis longtemps (Kershaw et al. 2000). Des conditions comme le diabète, l'anémie et l'hypertension « sont souvent mal contrôlées et peuvent demeurer longtemps sans être détectées » [TRADUCTION] (Hwang 2001). Il peut également être difficile de suivre un traitement. « Sans logement, il est difficile de suivre un programme d'exercice à la maison. Sans transport, la participation régulière à des sessions de thérapie pour les patients externes n'est pas toujours possible » [TRADUCTION] (Bruckner 2001). Les centres d'hébergement bondés, surpeuplés ou non sanitaires, augmentent le risque de propagation des maladies infectieuses (Crane 1999). Certaines études ont estimé que l'infection à la tuberculose était de vingt à plusieurs centaines de fois plus élevée que dans la population en général (Eberle et al. 2001).

Une étude sur la gestion du diabète chez les personnes sans abri de Toronto (Hwang et Bugeja 2000) illustre les difficultés de traiter les questions de santé. Les difficultés rencontrées sont notamment les régimes alimentaires offerts dans les refuges, qui peuvent donner des repas qui ne conviennent pas à une personne ou l'inciter à ne pas manger beaucoup. Il y a également des problèmes d'horaire et de logistique, comme la nécessité de prendre de l'insuline, qui peut être encore plus compliquée lorsque les refuges interdisent la possession de seringues. Il peut être difficile de se rendre à des rendez-vous et d'autres problèmes peuvent se produire pour les personnes qui n'ont pas de carte d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. L'entreposage des médicaments dans un endroit sûr peut également être un problème. Ces difficultés font en sorte que presque la moitié des personnes étudiées étaient atteintes de diabète mal contrôlé.

Santé physique et itinérance – tous les groupes d'âge

« On associe l'itinérance à la décadence morale, à la dépression, à la perte de la valorisation et aux sentiments de désespoir et de désolation. » [TRADUCTION](Crane 2001). Une étude réalisée à Chicago a constaté des taux plus élevés de dépression chez les personnes sans abri de moins de 25 ans et de plus de 45 ans, tandis qu'une autre étude faite à Londres a constaté que 60 % des personnes étudiées quatre mois après leur entrée

dans un programme étaient déprimées parfois ou la plupart du temps, et 27 % n'avaient plus d'espoir et s'attendaient à mourir dans les six mois. À New York, 40 % des hommes âgés sans abri du Bowery étaient déprimés et près d'un tiers ont exprimé le souhait de mourir (Crane 2001).

Aux États-Unis, les femmes sans abri âgées avaient plus de maladies mentales graves que les hommes (Rosenheck et al. 1999). Les femmes sans abri de tous les âges, toutefois, présentent une incidence plus élevée de maladie mentale; jusqu'à 75 % des femmes seules, par rapport à 33 % des hommes seuls (Eberle et al. 2001). À Chicago, une étude a constaté que les femmes sans abri de 40 ans et plus étaient plus confuses et incohérentes que les autres groupes d'âge et de sexe. Une étude portant sur quatre villes du Royaume-Uni a révélé que les femmes âgées étaient plus susceptibles d'être atteintes de maladie mentale que les hommes (Crane 2001). Dans les centres d'hébergement de Londres, on a constaté que la prévalence de la maladie mentale augmentait avec l'âge, se situant entre 5 % et 10 % pour les femmes et les hommes de 20 ans et moins, pour passer à 20 % chez les hommes de 50 ans et plus. L'augmentation la plus vive était chez les femmes : 57 % des personnes de 50 à 59 ans, et 76 % des personnes de soixante ans et plus, avaient des problèmes de maladie mentale (Crane 2001).

La consommation d'alcool est un problème commun chez les personnes âgées sans abri. À Glasgow, on a constaté que « la consommation dangereuse d'alcool » augmentait avec l'âge : 63 % des personnes de 55 ans et plus avaient ce genre de comportement, particulièrement les hommes (Kershaw et al. 2000). Une étude portant sur quatre villes du Royaume-Uni a toutefois constaté que la consommation abusive d'alcool n'était pas un problème universel chez les personnes âgées : 42 % des hommes et 12 % des femmes étaient considérés comme des buveurs excessifs. Les problèmes sont plus graves lorsque la consommation abusive d'alcool côtoie les problèmes de santé mentale : ces personnes sont particulièrement vulnérables aux prédateurs et difficiles à aider. Leur comportement désordonné ou agressif peut mener à l'expulsion des centres d'hébergement. L'étude portant sur quatre villes du Royaume-Uni a constaté que 9 % des femmes et 25 % des hommes présentaient cette combinaison (consommation abusive d'alcool et maladie mentale) : 48 % des personnes étaient sans abri depuis au moins dix ans, et 26 % depuis plus de 20 ans (Crane 2001).

Santé physique et itinérance – personnes âgées
Une étude portant sur quatre villes du Royaume-Uni a constaté que seulement 6 % des hommes sans abri et 21 % des femmes sans abri étaient âgés de 75 ans et plus. Cette proportion était répétée dans les études de Détroit et de Tampa Bay (Crane 1999). Il a été avancé que la « jeunesse » des personnes âgées sans abri peut dépendre du taux de mortalité élevé des personnes sans abri, ou du fait que leur mauvaise santé les amène à être placées dans des logements spéciaux ou dans des établissements de soins de longue durée (Crane 1999). O'Connell et al. (1990) dit que les personnes âgées qui restent dans la rue y vivent à cause d'un processus de « sélection naturelle » et qu'elles ont réussi à survivre en faisant mentir les pronostics.

Les personnes âgées sans abri sont atteintes de multiples problèmes de santé. Une étude réalisée à Boston a constaté la présence de quatre grandes maladies chroniques en

moyenne. « Chacune des personnes âgées de la présente étude avait des problèmes de consommation abusive d'alcool (hépatite alcoolique, pancréatite, crises de sevrage, ou son dossier d'hospitalisation rapportait un séjour précédent pour désintoxification), ou était atteinte d'une maladie psychiatrique grave…» [TRADUCTION]. Une étude réalisée au Massachusetts a constaté que 91 % des personnes âgées sans abri présentent une ou plusieurs « déficiences » physiques, psychologiques ou de dépendance, et que presque 50 % en ont deux ou plus. Une enquête réalisée à Boston a révélé que près de 33 % des personnes âgées sans abri présentaient une combinaison de déficiences fonctionnelles et de santé (Gibeau).

Les personnes âgées sans abri qui dorment à la dure éprouvent particulièrement certains problèmes de santé : le fait de vivre dans la rue cause non seulement des problèmes de santé, mais aggrave ceux qui existent déjà. « Les problèmes communs incluent les troubles respiratoires, les ulcères d'estomac et les gastrites; des problèmes circulatoires comme l'œdème, les ulcères de jambe et la cellulite, chez les personnes forcées d'être longtemps debout et de marcher sans cesse; et la gale et les poux. » [TRADUCTION] (Crane 2001). Les personnes âgées sans abri sont également vulnérables aux infections comme la gastro-entérite et la tuberculose.

Certains des problèmes des personnes âgées sans abri sont liés au processus de vieillissement, mais deviennent particulièrement difficiles dans le contexte de l'itinérance. Aux États-Unis, une étude a révélé que « les complications engendrées par le vieillissement peuvent accroître le stress de l'itinérance; par exemple, le déclin de l'audition et de la vision qui accompagne la vieillesse peut engendrer un manque général de confiance et une anxiété accrue…» [TRADUCTION] (Rosenheck et al. 1999). L'incontinence urinaire est un autre problème particulièrement difficile dans les refuges et dans les environnements où il n'y a pas beaucoup de toilettes publiques (O'Connell et al. 1990).

Accès aux soins de santé – tous les groupes d'âge
L'accès aux soins de santé est un problème pour beaucoup de personnes sans abri. À Londres, au Royaume-Uni, si plus de la moitié des personnes âgées sans abri admises dans un centre de soins avaient des problèmes physiques, 60 % n'avaient pas eu de contact avec un médecin depuis plus de cinq ans. Les raisons étaient notamment la dépression, la dévalorisation et la crainte des maladies et des médecins. Certaines personnes ne reconnaissaient pas la gravité de leur maladie et « craignaient que le personnel ne s'occupe pas d'elles » (Crane 2001).

Beaucoup de personnes sans abri n'ont pas de médecin de famille régulier ou de praticien général et utilisent plutôt les services d'urgence des hôpitaux (Crane 1999; Kushner 1998). Elles ont souvent besoin de soins en situation de crise. Une étude a constaté par exemple que le tiers des personnes sans abri de 50 ans et plus du Bowery à New York avaient été hospitalisées au cours de la dernière année (Vermette 1994). « Les personnes sans abri sont admises à l'hôpital jusqu'à cinq fois plus souvent que la population en général et demeurent plus longtemps à l'hôpital que les autres patients à faible revenu » [TRADUCTION] (Hwang 2001).

Les problèmes d'accès incluent le fait de ne pas avoir de carte santé (Hwang 2001); Fournier 1998) et la réticence des praticiens généraux à inscrire des personnes sans abri, « particulièrement celles qui dorment à la dure, parce qu'elles ont tendance à présenter des problèmes multiples de santé et par conséquent coûtent cher, parce qu'il leur arrive souvent de manquer leurs rendez-vous et de ne pas suivre leur traitement, et parce qu'elles sont susceptibles de se déplacer et de ne pas demeurer au même endroit… » [TRADUCTION] (Crane 1999). Une étude des honoraires des médecins qui fournissent des services d'approche directe aux personnes sans abri de Toronto a constaté qu'ils avaient été payés pour seulement 54 % des rencontres qu'ils avaient eues avec des patients et que ces rencontres duraient plus longtemps que la moyenne à cause de la complexité des problèmes (Hwans et al. 2000). D'autres raisons qui expliquent le manque d'accès aux soins incluent l'incapacité de trouver les patients pour leur communiquer les résultats des tests, le désordre que les personnes sans abri peuvent causer dans les salles d'attente, et les maladies mentales et les conditions psychotiques qui peuvent entraver le traitement (Eberle et al. 2001). Au Royaume-Uni, les problèmes de santé étaient également exacerbés parce que les personnes sans abri ne considéraient pas la santé comme une priorité, parce qu'elles avaient besoin de supervision ou de soutien pour se rendre dans les cliniques médicales ou parce qu'elles étaient « non motivées ou incapables de prendre leurs médicaments » [TRADUCTION] (Crane 1999).

5. SOLUTIONS À LONG TERME ET RÉINSTALLATION

La plus grande partie des études sur l'itinérance et les politiques émanant de la recherche lient la question de l'itinérance à celle de l'abordabilité du logement, (par exemple FCM 2000; Burt 1997; O'Flaherty 1996). Les programmes ont généralement comme grand objectif d'établir l'autonomie et l'indépendance (comme la démarche de continuum des soins des États-Unis.) Les études incluent des descriptions des démarches ou des interventions qui ont été entreprises pour traiter les questions de santé et d'itinérance et celle du vieillissement de la population des sans abri. Une partie des études décrit seulement une approche très générale des solutions focalisées sur les personnes âgées sans abri – par exemple, la coordination des services d'approche directe, des soins de santé physique et mentale, la prestation d'une gamme d'options de logement près des services et l'aide en vue d'établir des liens sociaux (Rosenheck et al 1998). De nombreuses études soulignent la nécessité d'une approche spéciale de réintégration visant les personnes âgées, par exemple : des services adaptés à l'âge de la clientèle (Tully 1994) et des refuges convenables pour les personnes fragiles et celles dont la mobilité est restreinte (Kutza et Keigher 1991); « des logements pour la vie » pour les personnes dont les besoins de soutien sont durables (Hawes 1999); l'instauration d'un sentiment d'appartenance à une collectivité pour les personnes susceptibles d'avoir été isolées et méfiantes; et la reconnaissance de la « complexité considérable » de trouver un logement permanent pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et de consommation abusive (Gibeau 2001).

La question du traitement des personnes âgées sans abri doit tenir compte de l'objectif ultime et de la façon de dispenser du soutien dans un contexte de diminution des capacités. Une étude réalisée à Chicago révèle que « l'âge des personnes de ce groupe

suffit à lui seul à les rendre particulièrement vulnérables. Elles ont peu d'options de réintégration dans la structure sociale et économique dominante de la société. Leur capacité physique de résister à la vie dans la rue ou dans les refuges est limitée » [TRADUCTION] (Kutza et Keigher 1991). À Londres, un centre d'hébergement a constaté que 16 % des personnes ayant recours aux refuges présentaient des troubles de la mémoire, nécessitant « de l'aide régulière avec les tâches quotidiennes, comme l'hygiène personnelle, la gestion du budget et le lavage des vêtements. Il fallait également leur rappeler constamment le moment où les repas étaient servis et comment se rendre dans leurs chambres » [TRADUCTION] (Crane 2001).

Une étude sur les femmes sans abri de 50 ans et plus à New York indique que les femmes âgées présentaient le plus de chances d'être réintégrées, « parce qu'elles entretiennent des liens sociaux, souvent avec des parents, et parce que leurs niveaux d'alcoolisme, d'abus de drogues et de criminalité sont faibles par rapport à ceux des hommes et des femmes sans abri plus jeunes … » [TRADUCTION] (Cohen et al.1997). Les résultats de la vie en logement de 201 femmes, dont 60 % étaient sans abri en permanence auparavant, ont été revus deux ans après l'intervention. Plus de la moitié (53 %) n'étaient plus en logement et celles qui continuaient de l'être « étaient considérablement plus susceptibles d'avoir profité de ce à quoi elles avaient droit, d'avoir un plus grand réseau, de considérer que leurs contacts sociaux étaient plus disponibles en cas de besoin, d'avoir des réseaux plus interconnectés (c'est-à-dire plus denses) et d'avoir plus de contacts avec les installations et les établissements communautaires » [TRADUCTION]. Les auteurs concluent que les résultats ont tendance à « mettre en valeur l'importance des facteurs systémiques dans la création et le maintien de l'itinérance des femmes âgées » [TRADUCTION] (Cohen et al. 1997).

Dans la même veine, deux études sur la santé et l'itinérance mettent en valeur les facteurs systémiques. Une analyse des causes de la mortalité à Philadelphie conclut que les obstacles financiers et sociaux empêchent les personnes sans abri de chercher des soins de santé. Les mauvaises conditions de travail et les ressources déficientes gênent ceux qui dispensent des soins aux personnes sans abri. L'intervention thérapeutique est inadéquate et ne parvient pas à protéger les personnes sans abri des blessures. C'est l'itinérance elle-même, plutôt que des conditions médicales identifiables, qui semble être le facteur de risque qu'il importe le plus d'éliminer afin de réduire la mortalité évitable » [TRADUCTION] (Hibbs et al. 1994). Une étude sur la mortalité à Boston conclut ce qui suit : « Le risque élevé de décès par homicide et par blessure accidentelle est un résultat prévisible de la pauvreté, de la consommation abusive et de la vie dans la rue. Accroître la disponibilité du logement adéquat pour les personnes à faible revenu pourrait vraisemblablement réduire ce risque. L'amélioration des programmes de traitement de la consommation d'alcool et de drogue, toutefois est peut-être une façon plus importante de réduire les blessures de la population des personnes sans abri et pourrait également aider à diminuer les taux de mortalité élevés qui sont attribués à la cirrhose et à la surdose » [TRADUCTION] (Hwang et al 1997).

Solutions à long terme et réinstallation des personnes âgées sans abri
Hecht et Coyle (2001), dans leur examen d'une gamme de solutions à l'itinérance (y compris le logement abordable, l'emploi, la formation à l'emploi et l'aide avec les

problèmes personnels comme la toxicomanie et la violence domestique), constatent que « le discours entourant le problème, la solution et la pratique contredit dans beaucoup de cas ce que les gérontologues en sont venus à comprendre au sujet des besoins de logement des personnes âgées » [TRADUCTION]. Le continuum du logement des personnes âgées commence avec l'autonomie et se transforme graduellement avec l'ajout de soutien et la modification des services et des modes de vie à mesure que la santé diminue. « De ce point de vue, les politiques et les pratiques en matière d'itinérance qui commencent avec des situations de transition et ont pour objectif d'aider les clients à vivre de façon permanente en autonomie selon un modèle d'autosuffisance présentent peut-être peu de possibilités de réussite pour servir les personnes âgées sans abri, soit parce que les organisations maintiennent une vision particulière de ce qui constitue une réussite (c'est-à-dire l'autosuffisance) ou soit parce que les ressources nécessaires pour fournir des services continus de soutien ne sont pas disponibles » [TRADUCTION](Hecht et Coyle, 2001).

Services de relève

La chronicité des personnes qui viennent des hôpitaux (Springer et al. 1998) révèle que les personnes sans abri sont aiguillées vers les refuges par les hôpitaux (11 % des personnes de plus de 60 ans dans Vermette 1994), et que les problèmes de gestion de la maladie en refuge sont considérables. La diminution de la durée des séjours dans les hôpitaux suscite le besoin de services de relève. Il faut également des services pour les personnes qui ne sont pas assez malades pour être hospitalisées, mais qui sont trop mal en point pour être dans la rue.

Une étude sur 28 projets des États-Unis a mis en valeur différents modèles de services de relève (McMurray-Avila 1999). L'un de ces modèles est celui des unités indépendantes de relève médicale qui peuvent offrir des soins de désintoxiication, des soins dentaires et de la gestion de cas. Les unités indépendantes peuvent offrir une gamme de services plus complète (des services médicaux et non médicaux) et peuvent être conçues pour répondre à des besoins spéciaux. Ces unités ont toutefois de la difficulté à trouver un financement adéquat et des installations convenables. Elles doivent également relever des défis de permis, de zonage et ce qu'il faut faire pour venir à bout du syndrome du « pas dans ma cour ». Les refuges peuvent offrir un modèle et un niveau différents de soins de relève en réservant des endroits pour fournir des soins infirmiers et d'autres services de soutien 24 heures par jour. Les avantages de ce modèle sont les suivants : le recours au savoir-faire des programmes existants; l'élimination possible du besoin de permis spéciaux; et l'encouragement, la coordination et la colloraboration entre les organisations. Il existe toutefois une possibilité de philosophies divergentes entre les programmes de santé et ceux des refuges, de conflits entourant le contrôle de l'admission et peut-être peu de contrôle du programme de santé sur les questions de santé et de sécurité dans l'environnement du refuge. Certains services de relève comprennent des bons pour placer les clients dans des chambres d'hôtel ou de motel. Cette option semble être relativement peu coûteuse et facile à offrir, puisqu'elle ne nécessite pas de permis ou d'autres règles et qu'elle permet aux familles de rester ensemble. Elle n'est peut-être toutefois pas satisfaisante sans services de soins infirmiers 24 heures par jour ou sans repas garantis, si l'endroit est loin des fournisseurs de services et isole les clients. Le dernier modèle de soins de relève consiste à louer des lits à contrat dans des maisons de pension et de soins

qui offrent des soins infirmiers 24 heures par jour, des repas et un contact humain. Il n'y a pas beaucoup de surveillance du caractère adéquat et de la qualité des soins et peu de surveillance des questions de santé et de sécurité dans ces situations, toutefois, et il est donc difficile d'assurer les soins convenables et la liaison requise pour les personnes qui présentent des problèmes multiples de santé.

ANNEXE B : BIBLIOGRAPHIE

Barrow, Susan M. et al. 1999 « Mortality Among Homeless Shelter Residents in New York City » *American Journal of Public Health*, Vol. 89, No. 4

Bruckner, Jan 2001 « Walking a Mile in Their Shoes : Sociocultural Considerations in Elder Homelessness » *Topics in Geriatric Rehabilitation* 16 (4) 15-27

Burt, Martha R. 1997. « Causes of the Growth of Homelessness During the 1980s » in Culhane, Dennis P. and Steven P. Hornburg. (Eds.) 1997. Understanding Homelessness: New Policy and Research Perspectives. Washington, DC Fannie Mae Foundation.

Busch-Geertsema, Volker 2000 *When Homeless People are Allowed to Decide by Themselves. Rehousing Homeless People in Germany* Gesellschaft Für Innovative Sozialforschung Und Sozialplanung (GISS) E.V., Bremen, Germany, Contribution to Conference In Malmö, 16th November.

Association canadienne de santé publique 1997, ACSP 1997 Position Paper on Homelessness and Health, http://www.cpha.ca

Cohen, Carl I. 1999 « Ageing and homelessness », *The Gerontologist*, Vol. 39, Issue 1, pgs 5-14

Cohen, Carl I. et al. 1997 « Predictors of becoming redomiciled among older homeless women » *The Gerontologist*, Vol. 37, Issue 1, pgs 67-74

*C*ouncil for Homeless Persons Australia (nd) *Elderly People and Homelessness* http://www.chpa.org.au/elderly.html

Crane, Maureen 1999 *Understanding older homeless people : their circumstances, problems, and needs*. Buckingham, England ; Philadelphia : Open University Press, Rethinking ageing series

Crane, Maureen 2001 Our Forgotten Elders : Older People on the Streets and in Hostels, St Mungo's, London http://www.mungos.org/facts/reports.shtml

Eberle Planning and Research et al. 2002 *Research Project on Homelessness in Greater Vancouver, Volume 2 Profile of Homeless and At-Risk People in Grater Vancouver*, The Greater Vancouver Regional District

Eberle et al. 2001 *Homelessness – Causes and Effects Vol. 1. The relationship between homelessness and the health, social services and criminal justice systems: A review of the literature* British Columbia Ministry of Social Development and Economic Security, and BC Housing Management Commission

Edmonton Task Force on Homelessness 1999 *Homelessness in Edmonton, A Call to Action* Housing, Community Services, City of Edmonton

Fédération canadienne des municipalités 2000. *Une stratégie nationale pour le logement abordable.*

Fournier, Louise et al. 1998 *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997*. Santé Québec, 20 novembre.

Gibeau, Janice L. 2001 « Home Free: An Evolving Journey in Eradicating Elder Homelessness » *Topics in Geriatric Rehabilitation* 17 (1)22-52

Goetcheus, Janelle et al. 1990 « Convalescence: For Those Without a Home – Developing Respite Services in Protected Environments » in Brickner Philip W. et al. eds) *Under the safety net : the health and social welfare of the homeless in the United States* New York : Norton

Grenier, Paola 1996 *Still Dying for a Home* Crisis London Abstract at http://www.crashindex.org.uk/biblio.html

Hallebone, Erica 1997 "Homelessness and Marginality in Australia: Young and Old People Excluded from Independence » in *International critical perspectives on homelessness* Mary Jo Huth and Talmadge Wright (eds) Published Westport, Conn Praeger

Hamel, Pauline 2001 « Interdisciplinary Perspectives, Service Learning, and Advocacy: A non-traditional Approach to Geriatric Rehabilitation » *Topics in Geriatric Rehabilitation* 17 (1)53-70

Hawes, Derek 1999 « Old and homeless a double jeopardy » in Patricia Kennet and Alex Marsh (eds) *Homelessness : Exploring the New Terrain* The Policy Press Southhampton:GB

Hecht, Laura and Bonita Coyle 2001 « Elderly Homeless » American Behavioural Scientist, Vol. 45 No 1 September 66-79

Hibbs, Jonathan R et al 1994 « Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia » *The New England Journal of Medicine* Volume 331: 304-309, August 4 1994 Number 5

Holley, H.L. and J. Arboeda-Flórez 1997 *Calgary Homelessness Study, Final Report*, Alberta Health and the Calgary Homeless Initiative, Calgary

Hwang, Stephen W 2001 « Homelessness and Health » *Canadian Medical Association Journal*, Jan 23; 164 (2)

Hwang, Stephen W and Ann L. Bugeja 2000 « Barriers to appropriate diabetes management among homeless people in Toronto » *Canadian Medical Association Journal*, July 25; 163 (2)

Hwang, Stephen W et al 1997 « Causes of Death in Homeless Adults in Boston » *Annals of Internal Medicine* 15 April 126:625-628

Hwang, Stephen W et al 2000 « Physician payment for the care of homeless people » *Canadian Medical Association Journal*, July 25; 163 (2)

Keigher, Sharon M. 1992. « Rediscovering the Asylum. » *Journal of Sociology and Social Welfare* 19 (4): 177-197

Kershaw, Ashley, Nicola Singleton and Howard Meltzer 2000 *Survey of the health and well-being of homeless people in Glasgow*, Summary Report, Office for National Statistics London

Kushner, Carol 1998 « Better Access, Better Care, A Research Paper on Health Services and Homelessness in Toronto » *Report to the Mayor's Homelessness Action Task Force, Taking Responsibility for Homelessness*, Background Papers Vol. I

Kutza, Elizabeth A. and Sharon M. Keigher 1991 « The Elderly 'New Homeless'An Emerging Population At Risk » *Social Work*, Volume 36, Number 4

Lipmann, Bryan 1995 *The Elderly Homeless, An investigation into the provision of services for frail, elderly homeless men and women in the United States of America, Britain, Sweden and Denmark,* Wintringham, Melbourne, Australia

Martin, Marsha 1990 « The Homeless Elderly: No Room at the End » in Harel, Zev, Phyllis Ehrlich, and Richard Hubbard (eds) *The Vulnerable aged : people, services, and policies* New York : Springer Pub. Co.

McMurray-Avila, Marsha 1999 *Medical Respite Services for Homeless People: Practical Models*, National Health Care for the Homeless Council http://www.nhchc.org/Publications/MedicalRespiteServices.pdf

Metraux, Stephen and Dennis P. Culhane 1999. « Family Dynamics, Housing, and Recurring Homelessness among Women in New York City Homeless Shelters. » *Journal of Family Issues* 20: (3) 371-396

O'Connell, James J. et al. 1990 « The Homeless Elderly » in Brickner Philip W. et al. (eds) *Under the safety net : the health and social welfare of the homeless in the United States »* New York : Norton

O'Flaherty, Brendan (1996) *Making Room: the Economics of Homelessness* Cambridge, MA : Harvard University Press.

Plumb, James D. 2000 « Homelessness : reducing health disparities » *Canadian Medical Association Journal*, July 25; 163 (2)

Policy Research Associates, Inc. 2001 *Bibliography #5 Health Care Issues for Elderly Homeless People*, Health Care for the Homeless Information Resource Centre, Delmar, New York

Post, Patricia A. 2001 *Casualties of complexity: Why Eligible Homeless People Are Not Enrolled in Medicaid*, National Health Care for the Homeless Council http://www.nhchc.org/Publications/CasualtiesofComplexity.pdf

Randall, Geoffrey and Susan Brown. 2000. *Homes for street people: An Evaluation of the Rough Sleepers Initiative. Housing Research Summary* DETR website.

Rosenheck, Robert, Ellen Bassuk, and Amy Salomon 1999 « Special Populations of Homeless Americans » In Linda Fosburg and Deborah Dennis (eds.) *Practical Lessons: National Symposium on Homeless Research.* Prepared for US Department of Housing and Urban Development and US.Department of Health and Human Services.

Shinn, Marybeth and Jim Baumohl. 1999. 'Rethinking the Prevention of Homelessness.'In *Practical Lessons, National Symposium on Homeless Research*.

Springer, Joseph H. et al.1998 « A profile of the Toronto Homeless Population » *Report to the Mayor's Homelessness Action Task Force, Taking Responsibility for Homelessness*, Background Papers Vol. II

Statistics Canada 2002 *2001 Census Collective Dwellings*, Catalogue no. 96F0030XIE2001004, November 5 http://www12.statcan.ca/english/census01/Products/Analytic/

Tully, Carol T and Sharon Jacobson 1994 « The Homeless Elderly: America's Forgotten Population » *Journal of Gerontological Social Work* Vol. 22 (3/4)

Vermette, Guy, 1994 *L'itinérance chez les personnes âgées*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal

ANNEXE C : GUIDES DES ENTREVUES AVEC LES INFORMATEURS-CLÉS

Questions pour les fournisseurs de soins de longue durée

1. Quelle est la situation de votre région en ce qui concerne la disponibilité des lits dans les établissements de soins de longue durée (Juste un instantané – pas nécessaire de fournir des données précises). Quelle est la situation de la disponibilité des logements supervisés et des logements-services abordables (subventionnés)?

2. Quelle est la situation de votre région en ce qui concerne le nombre de personnes sans abri qui ont recours aux refuges et à d'autres services. Au meilleur de votre connaissance : Qui sont-elles? Où vivent-elles? Quels sont leurs besoins non satisfaits? (Juste un instantané – pas nécessaire de fournir des données précises.)

3. En ce qui concerne les critères d'admissibilité aux soins de longue durée en établissement dans votre province :

a) Indiquez-moi s'il vous plaît quel est le critère d'admissibilité le plus important ou le plus lourd du placement dans un établissement de soins de longue durée?

b) Et en ce qui concerne les logements supervisés et les logements-services? Est-ce que les demandeurs sont traités par l'entremise des mêmes canaux? Est-ce qu'ils sont évalués avec les mêmes outils?

4. Quels sont les obstacles à l'accès aux établissements de soins de longue durée (y compris les logements supervisés et les logements-services) pour les personnes sans abri qui sont atteintes d'une maladie chronique, ou qui sont âgées, ou les deux? Est-ce que l'accès aux établissements de soins de longue durée (y compris les logements supervisés et les logements-services) est un problème :

a) Parce que les personnes sans abri ne sont pas dans le « système » - elles ne font pas partie de « la clientèle » du système de santé? Comment peut-on venir à bout de cet obstacle?

b) Parce qu'on ne peut pas les retrouver facilement, pour faire les évaluations, les rencontres de suivi, etc? (Parce que le processus d'évaluation et de placement ne correspond pas à leur réalité?) Comment peut-on venir à bout de cet obstacle?

c) Parce qu'elles ont choisi ne pas faire partie du « système » et résistent ainsi aux tentatives de les placer dans un environnement supervisé? Comment peut-on venir à bout de cet obstacle?

d) Parce qu'elles n'ont pas de carte d'assurance maladie et d'information? Comment peut-on venir à bout de cet obstacle?

e) Parce qu'il y a très peu de liens entre le système de soins de longue durée/les praticiens et le refuge/le système pour les personnes sans abri/les praticiens? Comment peut-on venir à bout de cet obstacle?

f) Parce que l'un des critères pour demeurer dans un établissement ou dans un environnement collectif de soins consiste à se comporter de façon à ne pas déranger les autres résidents, et que l'expérience a démontré que les personnes sans abri causent souvent des difficultés à cet égard? Comment peut-on venir à bout de cet obstacle?

g) Parce que la demande de « lits » disponibles est si élevée que les administrateurs des établissements peuvent être exigeants, et qu'ils choisissent de ne pas admettre des résidents qui risquent d'être « difficiles »? (Ou est-ce parce que la demande de logements supervisés et de logements-services est si élevée que les promoteurs peuvent être exigeants?) Comment peut-on venir à bout de cet obstacle?

5. Quelles sont les ressources et les appuis que vous croyez nécessaires pour fournir des soins de longue durée en établissement (y compris les logements supervisés et les logements-services) aux personnes atteintes d'une maladie chronique, ou qui sont âgées et sans abri, ou les deux?

a) Premièrement, quels sont les appuis dont vous auriez besoin dans votre rôle (par exemple si vous êtes coordonnateur de placement ou gestionnaire de cas)?

b) Deuxièmement, quels sont les appuis dont les établissements de soins de longue durée ont besoin pour être en mesure d'héberger et de soigner pour une longue durée les personnes atteintes d'une maladie chronique, ou qui sont âgées et sans abri, ou les deux?

6. Il existe deux démarches de base, que nous connaissons, pour dispenser des soins de longue durée en établissement aux personnes atteintes d'une maladie chronique, ou qui sont âgées et sans abri, ou les deux :

- une option consiste à créer un programme spécial pour ce groupe client à l'intérieur d'un établissement de soins de longue durée destiné à la population en général (où, par exemple, une aile, ou deux chambres pour deux sont « réservées » à ce groupe client);

- l'autre option consiste à créer une installation conçue spécialement pour ce groupe client. Elle est généralement annexée ou attenante à un refuge d'urgence existant.

a) Voici une question à laquelle vous ne vous sentirez peut-être pas qualifié pour répondre, mais veuillez donner une opinion, même si vous n'avez pas d'expérience avec des clients sans abri. Lequel des deux modèles – l'approche intégrée, ou l'approche séparée – fonctionnerait le mieux, à votre avis? Pourquoi?

7. Pourriez-vous proposer quelques-unes des caractéristiques qui vous sembleraient convenables dans un établissement de soins de longue durée, ou dans un milieu de logements supervisés ou de logements-services, pour des personnes âgées qui ont déjà été sans-abri, ou qui sont atteintes d'une maladie chronique, et qui ont besoin de soutien et de supervision 24 heures par jour, 7 jours par semaine?
   a) Quelles seraient les caractéristiques de l'endroit et du site?
   b) Quels seraient les types et les dimensions du logement/de l'hébergement?
   c) Quels services?
   d) Quel genre d'employés?
   e) Quel genre de service ou de philosophie de service?

Questions pour les fournisseurs de refuges

1. Quelle est la situation de votre région en ce qui concerne les personnes âgées (50 ans et plus) sans abri qui vivent dans les refuges ou dans la rue?
   - Avez-vous une idée des proportions d'hommes et de femmes?
   - Est-ce que leurs nombres augmentent, diminuent ou demeurent les mêmes ? (Juste un instantané – pas nécessaire de fournir des données précises.)

2. Quelle est la situation de votre région en ce qui concerne les personnes sans abri qui sont atteintes de maladie chronique et qui vivent dans les refuges ou dans la rue?
   - Avez-vous une idée des proportions d'hommes et de femmes?
   - De quels types de maladie chronique sont-elles atteintes?
   - Est-ce que leurs nombres augmentent, diminuent ou demeurent les mêmes ? (Juste un instantané – pas nécessaire de fournir des données précises.)

3. Est-ce que les personnes âgées ont des problèmes particuliers, en comparaison avec les personnes plus jeunes, parce qu'elles sont sans abri?
   - Qu'est-ce qui arrive à une personne âgée qui a des problèmes de mobilité? Qu'est-ce qui arrive aux personnes qui ont des problèmes de mémoire?

4. Est-ce que les personnes atteintes d'une maladie chronique ont des problèmes particuliers, en comparaison avec les personnes plus en santé, parce qu'elles sont sans abri? Par exemple :
   - Que font-elles lorsqu'elles ne se sentent pas assez bien pour quitter le refuge au cours de la journée?
   - Où vont-elles en sortant de l'hôpital – par exemple, que font-elles lorsqu'elles ont besoin de supervision médicale ou de repos au lit?

5. Quelles sont les options pour les personnes âgées lorsqu'elles deviennent trop fragiles pour vivre dans un refuge ou dans la rue ?
   - Qui évalue leurs besoins?
   - Quelles sont les prochaines étapes pour les placer ?
   - Est-ce qu'il y a suffisamment de places, compte tenu du besoin?

6. Avez-vous déjà essayé de placer une personne âgée sans abri dans un établissement de soins de longue durée? Qu'est-ce qui s'est passé?

7. Pensez-vous que les établissements de soins de longue durée destinés à la population en général conviennent aux personnes qui ont été sans abri? Est-ce qu'il y a des problèmes de comportement ou d'autres problèmes qui émergent lorsque des personnes sont placées dans un établissement de soins de longue durée?

8. Il existe deux démarches de base, que nous connaissons, pour dispenser des soins de longue durée en établissement aux personnes atteintes d'une maladie chronique, ou qui sont âgées et sans abri, ou les deux :

   - une option consiste à créer un programme spécial pour ce groupe client à l'intérieur d'un établissement de soins de longue durée destiné à la population en général (où, par exemple, une aile, ou deux chambres pour deux sont « réservées » à ce groupe client);
   - l'autre option consiste à créer une installation conçue spécialement pour ce groupe client. Elle est généralement annexée ou attenante à un refuge d'urgence existant.

- Lequel des deux modèles – l'approche intégrée, ou l'approche séparée – fonctionnerait le mieux, à votre avis? Pourquoi?

9. Pourriez-vous proposer quelques-unes des caractéristiques qui vous sembleraient convenables dans un établissement de soins de longue durée pour des personnes âgées qui ont déjà été sans abri, ou qui sont atteintes d'une maladie chronique, et qui ont besoin de soutien et de supervision 24 heures par jour, 7 jours par semaine? Par exemple :
   a) Quelles seraient les caractéristiques de l'endroit et du site?
   b) Quels seraient les types et les dimensions du logement?
   c) Quels services?
   d) Quel genre d'employés?
   e) Quel style de service ou de philosophie de service?

ANNEXE D : LISTE DES INFORMATEURS-CLÉS

John Almeda
Old Brewery Mission
Montréal, Québec

Joyce Brown
Toronto, Ontario

André Charbonneau
Maison du Père
Montréal, Québec

Joan Dawkins
Directrice administrative
Mainstreet Project
Winnipeg, Manitoba

Linda Day
Institut de la santé des Autochtones
Instituts de recherche en santé du Canada
Ottawa, Ontario

Louise Dercole
Gestionnaire de cas, Three Bridges Health Unit
Vancouver, Colombie-Britannique

Suzanne Gervais
Conseillère
Centre de santé communautaire du centre-ville
Ottawa, Ontario

Claude Jodoin
Accueil Bonneau et Maison Claire-Ménard
Montréal, Québec

Irv Kirstein
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Province de l'Ontario
Toronto, Ontario

Stefanie Krasij
Women's Residence
Toronto, Ontario

Myles Livingston
Programme Logement et sans abri de Winnipeg

Winnipeg, Manitoba

Warren Matheson, DA
Veterans' Memorial Manor
Downtown East Side, Vancouver (Colombie-Britannique)

Monique Maurice
CLSC Les Faubourgs
Montréal, Québec

Karen O'Shannecery, DA
Lookout Shelter
Vancouver, Colombie-Britannique

Johanne Paquette
Le P.A.S. de la Rue
Montréal, Québec

Greg Richmond, Directeur
Triage Shelter
Vancouver, Colombie-Britannique

Francine Rioux
Résidence du Vieux-Port
Montréal, Québec

Ross Smith
Infirmière de la santé publique
Ville de Toronto, Ontario

Teresa Snider
Travailleuse des services d'approche
Seniors Housing Information Program
Burnaby, Colombie-Britannique

Karla Staff
Northern Health Authority
Prince George, Colombie-Britannique

Janis Thorkelsson
Consultante en santé mentale
Vancouver Island Health Authority
Victoria, Colombie-Britannique

Kip Veale
Health and Community Services

Whitehorse, Yukon

ANNEXE E : ÉTUDES DE CAS DÉTAILLÉES

Étude de cas n° 1 : Hospice pour les sans-abri, La Mission - Ottawa, Ontario

Description physique
L'hospice pour les sans-abri a ouvert en mai 2001 au centre-ville d'Ottawa. Il fait partie d'un nouvel immeuble de 4 étages qui contient également 21 logements avec services de soutien à long terme. Il est exploité par la Mission et annexé à celle-ci, qui est un centre de service polyvalent pour les personnes sans abri qui existe depuis 1906.

La Mission offre un refuge (185 lits et 45 matelas de plancher additionnels pour les situations d'urgence), des repas, un centre de jour, un programme de vêtements, un programme d'aptitudes à la vie quotidienne, une clinique de santé et des services de santé mentale.

L'hospice compte 14 lits.

Résidents/Clients
Les personnes sans abri (les hommes et les femmes) ou qui risquent de le devenir et qui ont besoin de soins palliatifs, y compris les personnes qui ont le VIH/sida, des problèmes de santé terminaux résultant de la toxicomanie, l'hépatite chronique, etc.

La clientèle est aiguillée par les hôpitaux et les organisations qui travaillent avec les personnes sans abri.

Services
L'hospice offre des soins palliatifs 24 heures par jour. Des médecins et des infirmières (une coordonnatrice à temps plein des soins infirmiers et deux infirmiers de weekend) sont disponibles en tout temps, comme des travailleurs de la santé à temps plein (13 travailleurs). Il y a également un coordonnateur des services de l'hospice. Les contributions à titre bénévole incluent de la massothérapie, de la physiothérapie et du soutien spirituel.

Les clients peuvent aller et venir comme ils le désirent et les amis et la famille sont les bienvenus.

La durée moyenne de séjour est d'environ 100 jours. Certains clients obtiennent leur congé ou sont transférés dans un autre programme, mais la plupart meurent à l'hospice.

Historique
En 1999, la Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton (maintenant la Ville d'Ottawa) a entrepris un processus de consultation communautaire sur l'itinérance qui a donné lieu à l'élaboration d'un plan d'action (Creating Community Solutions). Le plan établissait la nécessité d'accroître la capacité communautaire de fournir des services de toxicomanie, des soins à domicile et des soins palliatifs et de longue durée pour les personnes sans abri ou qui risquent de le devenir. Un groupe spécial a été formé pour explorer comment

procéder à la mise en œuvre des recommandations du plan d'action en matière de santé.

Le Projet de santé urbaine d'Ottawa qui a émergé est constitué de représentants des refuges et des services pour les personnes sans abri, des principaux établissements de santé du centre-ville, d'une organisation de soins à domicile, de la Ville d'Ottawa, de l'Université d'Ottawa et de l'Hôpital d'Ottawa. Le travail du Projet de santé urbaine d'Ottawa inclut la prestation et la coordination des services pour les personnes sans abri, y compris les soins de convalescence et de courte durée (jusqu'à 20 lits au Centre Booth de l'Armée du Salut) et le volet des soins palliatifs de la Mission.

Le besoin de soins palliatifs a été établi à la lumière du fait que les personnes sans abri étaient seules pour affronter des maladies terminales et mourir (environ 50 par année à Ottawa). Cette population avait besoin d'une démarche qui privilégiait la liberté, la flexibilité et les soins. Beaucoup de personnes sans abri avaient de la difficulté à s'intégrer dans les systèmes existants de soins palliatifs et les systèmes existants ont de la difficulté à composer avec les problèmes multiples et divers des personnes sans abri. Par exemple, les problèmes de toxicomanie des personnes sans abri sont un obstacle majeur pour les établissements de soins palliatifs destinés à la population en général et il n'existe pas d'établissement qui prône une démarche de réduction des préjudices.

L'élaboration du projet a nécessité 18 mois et il a été entrepris en collaboration avec la SCHL (Programme d'aide à la remise en état des logements), le gouvernement fédéral (Initiative de partenariats en action communautaire - IPAC), la Fondation communautaire d'Ottawa, la Crabtree Foundation et des donateurs privés. Le nouvel immeuble annexé à la Mission a été construit au coût de 1,9 million de dollars.

Les dépenses annuelles d'exploitation sont supérieures à 700 000 $, dont environ 664 000 $ sont des coûts directs. Le reste est constitué de coûts indirects – soit des contributions à titre bénévole, des dons d'équipement et de fournitures. Les coûts directs sont financés par la Ville, par Centraide et par des dons.

Philosophie générale
Les principes directeurs sont notamment l'intégralité des soins, l'innovation, la collaboration et la communication entre les niveaux de gouvernement, entre divers ministères, entre les fournisseurs de services et les personnes sans abri, l'accessibilité et la flexibilité d'adaptation aux circonstances particulières, la participation communautaire, une approche de réduction des préjudices et l'intégration aux services existants. Le Projet de santé urbaine d'Ottawa est fondé sur le traitement des clients avec respect, compassion et dignité. Le projet vise l'excellence dans la prestation des soins, l'utilisation responsable des ressources, l'enseignement, l'apprentissage, la recherche et l'élimination de l'itinérance dans la collectivité.

Préoccupations et défis
La principale préoccupation consiste à offrir les meilleurs soins possibles. Les contraintes du Projet de santé urbaine d'Ottawa sont tels qu'il n'y a pas assez de préposés aux bénéficiaires par poste pour surveiller la prestation des soins à tous les clients (idéalement

au moins deux préposés). La situation des postes de soir et de nuit est particulièrement préoccupante, puisqu'il n'y a pas d'infirmier sur les lieux, seulement un préposé aux bénéficiaires.

Une autre préoccupation est le manque de transport, de chauffeurs ou de personnes pour accompagner les clients à divers rendez-vous.

Leçons

- Il est important de ne pas oublier que c'est le client qui importe.
- Les partenariats et un milieu de soutien sont essentiels.

Réussites

- Il s'agit du seul projet consacré exclusivement aux soins palliatifs pour les personnes sans abri au Canada.
- L'Organisation mondiale de la santé a présenté au Projet de santé urbaine et à l'hospice de la Mission son prix des projets innovateurs pour les personnes sans abri.
- Il y a une liste d'attente de bénévoles.

Contacts

Diane Morrison
Directrice administrative
The Mission
35, rue Waller
Ottawa (Ontario) K1N 7G4
Téléphone : (613) 234-1144
Télécopieur : (613) 2342813
Courriel :mission@ottawamission.com
http://www.ottawamission.com/

Étude de cas n° 2 : Seaton House Infirmary - Toronto, Ontario

Description physique
L'infirmerie est l'un des nombreux services offerts par Seaton House.[5] Elle est située dans l'immeuble principal au centre-ville et compte 35 lits et du personnel présent 24 heures par jour.

Résidents/Clients
Les clients de Seaton House et les clients aiguillés par la collectivité et St. Michael's Hospital.

Services
L'infirmerie reçoit des hommes à leur sortie de l'hôpital, qui ne sont pas encore prêts à composer avec la vie dans la rue, qui ont besoin de soins de santé qui ne justifient pas leur transfert dans un autre établissement, ou dont le transfert perturberait le plan de gestion des cas. L'unité dispense des soins aux hommes qui font du diabète non contrôlé, qui sont atteints de pneumonie, de schizophrénie, de maladies du foie, de cellulite, de cancer et de dépression grave. Des soins palliatifs sont disponibles si nécessaire.

St. Michael's Hospital, au centre-ville de Toronto, fournit les médecins, et les résidents en médecine familiale de l'Université de Toronto assurent la rotation à Seaton House. Seaton House fournit les autres employés.

Le modèle est fondé sur une approche de réduction des préjudices axée sur la réduction des problèmes associés à la consommation abusive sans réduire ou éliminer la consommation abusive elle-même. Les modèles d'abstinence ont souvent échoué pour les clients de Seaton House et de l'infirmerie. Beaucoup de clients ont été forcés de quitter l'hôpital malgré l'avis contraire des médecins parce qu'ils avaient besoin d'alcool.

---

[5] Seaton House est dans un quartier du centre-ville où la population des personnes sans abri vit de façon traditionnelle depuis 1934. Il est près de nombreux services – hôpitaux, centres de santé et centres de jour.

Il comprend un Programme de 140 lits de soins de longue durée au quatrième étage de l'immeuble principal pour les hommes de 50 ans et plus et pour les hommes plus jeunes qui ont des problèmes de santé physique ou mentale importants. L'endroit comprend des chambres semi-privées et des salles communes (jusqu'à concurrence de six lits), deux pièces TV (une pour les personnes qui fument), une pièce bibliothèque avec ordinateur, une aire de loisirs, un balcon, une pièce/bureau pour rencontrer les travailleurs en service social individualisé, un poste de soins infirmiers, une salle de réception, une pièce/bureau pour deux conseillers en logement, une pièce pour l'équipe des soins partagés d'approche directe des personnes atteintes de maladies mentales, une salle d'entrée, un balcon, un endroit cuisine/espace de rencontre pour les fournisseurs de services en visite, une grande salle à manger au rez-de-chaussée.

Seaton House comprend également un refuge « mouillé » (l'Annexe) avec une infirmerie, un programme de refuge pour les usagers chroniques de cocaïne (O'Neil Crack Cocaine Program), et un refuge de nuit.

L'infirmerie fournit de l'alcool ou d'autres substituts pour créer les meilleurs résultats possibles pour la santé.

Historique
La construction de l'infirmerie a commencé en 2001 en réponse au besoin d'intégration refuge-hôpital entre Seaton House et St. Michael's Hospital.

Le Rotary Club de Toronto a fourni 350 000 $ pour du matériel et des rénovations, et le montant de 150 700 $ versé par l'initiative fédérale nationale pour les sans-abri (l'Initiative de partenariats en action communautaire) a été remis pour améliorer la coordination et l'intégration des services entre le programme de résidence en médecine familiale de St.Michael's Hospital et Seaton House.

Préoccupations et défis
Les problèmes de dotation ont fait en sorte que l'infirmerie ne fonctionne pas à pleine capacité et environ 20 lits sont utilisés actuellement.

Leçons
- Le développement de l'infirmerie est le résultat de réponses créatives constantes aux besoins.
- Le projet met en valeur la nécessité de réclamer des services pour les hommes.
- Le travail en partenariat est essentiel.

Réussites
L'infirmerie est l'une des composantes d'une approche intégrée des soins de santé élaborée par Seaton House, St. Michael's Hospital, l'Université de Toronto et d'autres partenaires comme le Rotary Club de Toronto.

Contacts
Arthur Manuel
Gestionnaire de programme
Seaton House
339, rue George
Toronto (Ontario)
M5A 2N2

Tél. : 416-392-5537
Télécopieur : 416-392-5549
Courriel : amanuel@toronto.ca

Étude de cas n° 3 : Intégration des services de santé et du refuge – Toronto, Ontario

Description physique
Seaton House[6] et St. Michaels's Hospital, au centre-ville de Toronto, ont travaillé afin de mieux intégrer la prestation des soins de santé aux personnes sans abri. St. Michaels's Hospital, à cause de l'endroit où il se trouve, a élaboré un certain nombre de services répondant aux besoins des personnes sans abri. Ils comprennent :

- Le Rotary Transition Centre, installé au département d'urgence de l'hôpital. Il s'agit d'un endroit de répit où les personnes sans abri peuvent non seulement recevoir de l'attention médicale, mais également prendre une douche, manger et faire laver leurs vêtements.

- Le protocole des personnes sans abri établit l'orientation du traitement immédiat et des interventions médicales préventives (comme le dépistage de la tuberculose et l'examen de la peau), le contact avec les travailleurs sociaux et les services communautaires. Même si ces personnes sont souvent non couvertes par le RAMO (Régime d'assurance-santé de l'Ontario), elles sont traitées quand même. L'Unité de recherche en santé du centre-ville a constaté qu'environ 50 % des hommes traités dans les centres d'hébergement et les refuges ne sont pas couverts par le RAMO.

- Le programme d'approche psychiatrique directe du refuge fournit des psychiatres agréés ou en formation aux clients des refuges.

- Le partenariat avec Seaton House permet le transfert à l'infirmerie des patients qui ont encore besoin de soins après leur sortie de l'hôpital. (Voir l'Étude de cas n° 2.)

Outre l'établissement de l'infirmerie, le partenariat entre Seaton House, St. Michael's Hospital et la Faculté de médecine de l'Université de Toronto a permis l'élaboration d'autres services et démarches. Ils comprennent :

- Le concept de projet de santé du centre-ville. Il s'agit d'une démarche à trois paliers qui donne aux clients l'accès à des soins primaires multidisciplinaires dans les refuges (conseillers, travailleurs dans les refuges, infirmières et médecins), qui assure l'intégration des services des diverses organisations qui travaillent en partenariat (par exemple la création de dossiers multidisciplinaires informatisés et centralisés, contrôlés par les clients) et qui aide les clients à établir et à renforcer leurs liens avec les organisations communautaires de l'extérieur du système de refuge (par exemple l'accès aux services de soins de santé et d'aide juridique prêts

[6] Voir la description de Seaton House dans l'étude de cas n° 2.

à accepter des clients vulnérables atteints de problèmes multi-systèmes comme la maladie mentale grave, la maladie physique chronique et aiguë, etc.).

- Les services de l'infirmerie qui permettent aux clients de mourir dans un environnement de soutien familier.

- L'élaboration d'un modèle de fusion des soins, qui incorpore une approche d'équipe intégrée, une seule administration (Directeur médical et médecins qui relèvent du St. Michael's Hospital et de Seaton House) et un seul système d'information (comme un organigramme commun) qui permet le partage complet de l'information. Le modèle inclut également la recherche et l'évaluation continues par l'entremise de centres universitaires comme l'Université de Toronto, une approche de réduction des préjudices, l'intégration continuelle d'organisations additionnelles, le rôle de centre d'enseignement, et la défense continue du développement communautaire afin d'éradiquer l'itinérance systémique.

- Un programme de partage des soins par l'entremise du Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) qui comprend des infirmières, des travailleurs d'approche directe et un psychiatre.

- C'est le personnel de St. Michael's et un représentant de Seaton House qui planifient les sorties de l'hôpital.

- Seaton House est inclus dans le processus d'accréditation provinciale de l'hôpital St. Michael's – assurant une réponse continue aux besoins des personnes sans abri.

Contacts
Arthur Manuel
Gestionnaire de programme
Seaton House
339, rue George
Toronto (Ontario)
M5A 2N2

Tél. : 416-392-5537
Télécopieur : 416-392-5549
Courriel : amanuel@toronto.ca

Étude de cas n° 4 : Hazelton Residence – Vancouver, Colombie-Britannique

Description physique
Hazelton Residence, un volet du Lookout Emergency Aid Society de Vancouver, est un immeuble de trois étages en brique et bardage, dans le Downtown Eastside de Vancouver – « le code postal le plus pauvre du Canada », le « dépotoir des personnes difficiles à loger et atteintes de maladie mentale de la Colombie-Britannique » [TRADUCTION]. Il y a été installé parce qu'il s'agit d'un territoire familier pour les clients de Lookout (on visait à l'origine les personnes âgées et alcoolique sans abri chroniques). Il était entendu que la prestation des options de logement supervisé aux personnes difficiles à loger libère les lits d'urgence des refuges pour les itinérants temporaires. L'immeuble comprend la réception, un salon avec des ordinateurs, des bureaux pour les fournisseurs de services en visite, une cafétéria de 42 places, un refuge d'urgence pour 42 personnes, et 39 chambres (14 à 16 mètres carrés) pour les personnes âgées sans abri, ou atteintes d'une maladie chronique, ou les deux. Les toilettes et les salles de bain sont séparées. La présente étude de cas est axée sur les 39 chambres réservées aux personnes qui ont besoin de considérablement de soutien et de soins, et leurs occupants.

Résidents/Clients
Il y avait 39 bénéficiaires à Hazelton Residence en mars 2003, la plupart des hommes, 87 % de race blanche, 10 % d'Autochtones, 3 % d'Asiatiques, de 36 ans à 80 ans. La durée du séjour varie de quelques mois à plus de 13 ans. Presque toutes ces personnes bénéficient d'une pension d'invalidité. Les diagnostics incluent la maladie mentale (62 %), l'abus d'alcool et de drogues, et une gamme de maladies physiques liées à « la vie à la dure » et, dans certains cas, au Sida. Seulement trois résidents ont des déficiences physiques. Presque les trois quarts des résidents ne participent pas à des activités extérieures. Au cours des dix dernières années, il y a eu plus de bénéficiaires sidatiques, avec l'hépatite C, et des personnes atteintes de démence et de maladies mentales. Les soins requis par les demandeurs augmentent de plus en plus chaque année. Les résidents s'y trouvent « parce qu'il n'y avait pas d'autres options, à part crever en-dessous du pont, ou vivre dans un établissement de soins de longue durée », [TRADUCTION] en partie parce que cette population manque singulièrement d'aptitudes à la vie quotidienne.

Services
Hazelton Residence a un permis d'« établissement de soins spéciaux de longue durée ». Les services offerts sur les lieux incluent la gestion du budget, la gestion des médicaments, les services d'escorte aux rendez-vous, l'intervention de crise, l'aiguillage, la défense des droits et la liaison avec les autres fournisseurs, grâce aux travailleurs de soutien des bénéficiaires qui sont sur les lieux de 7 h à 23 h quotidiennement. Les travailleurs de l'équipe de soutien des bénéficiaires ont tendance à provenir des volets de l'accoutumance ou de la santé mentale. Les fournisseurs de services en visite incluent un médecin (spécialiste du Sida) qui vient deux fois par semaine, des soins à domicile (7 jours par semaine), des psychiatres et des travailleurs de la santé mentale de l'équipe régionale de santé mentale, du soutien à domicile 45 heures par semaine (stable avec continuité du personnel), thérapie physique et ergothérapie, podiatrie et évaluations de la nutrition selon les besoins. Les services à proximité incluent une clinique de santé au

centre-ville et la cafétéria communautaire au Veterans' Manor, deux immeubles plus loin. Le financement des services vient de l'autorité régionale de la santé et de la Ville de Vancouver. Les médicaments des bénéficiaires sont gratuits et il y a un tarif forfaitaire très subventionné de 125 $ par mois pour trois repas et deux goûters par jour par résident.

Historique

Hazelton Residence a été construit en 1981, en reconnaissance de la nécessité de faire le pont entre le refuge et le logement permanent. Il devait s'agir à l'origine de logement de transition, mais c'est devenu un ensemble de logements-supervisés et de logements-services à mesure que les soins requis par les personnes sans abri sont devenus plus complexes. On voulait occuper un créneau, et fournir « des services aux personnes qui ont le moins d'options ». Le financement était assuré par la SCHL, sous la forme d'un prêt de 4 millions de dollars en vertu du programme de logement sans but lucratif. Le budget annuel d'exploitation est d'environ deux millions de dollars pour Hazelton Residence et le refuge de 42 lits, combinés. Les frais de services sont couverts par l'autorité régionale de santé.

Préoccupations et défis

Le défi le plus ardu de cet ensemble consiste à équilibrer les activités du refuge et celles de l'établissement de soins de longue durée dans le même immeuble. Les personnes ayant recours au refuge d'urgence, habituellement des jeunes toxicomanes, s'attaquent continuellement aux bénéficiaires les plus vulnérables qui reçoivent des soins. Le permis pour tout l'immeuble (établissement de soins spéciaux de longue durée) fait également en sorte qu'il est « difficile de maintenir une atmosphère accueillante ». Les besoins non satisfaits dans la collectivité des personnes âgées sans abri, ou atteintes d'une maladie chronique, ou les deux, sont les suivants : les possibilités de développement des aptitudes à la vie quotidienne, les programmes de préparation à l'emploi, la psychothérapie « et, évidemment, plus de logements supervisés et de logements-services! »

Leçons

- Il devrait exister une séparation physique entre le volet refuge d'urgence et le volet établissement de soins de longue durée d'un ensemble communautaire de logements supervisés.
- Il devrait y avoir une aire de réception et des services de sécurité 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
- Il est très important à l'étape de la conception de prévoir beaucoup d'espace pour 1) les bureaux des fournisseurs de services, 2) l'interaction sociale des bénéficiaires et 3) l'entreposage.
- Chaque chambre de résident doit comprendre une salle de bains à 2 ou 3 accessoires, avec des surfaces et des matériaux résistants partout.
- Il faut une cuisine fonctionnelle et commune « d'enseignement », où les travailleurs de soutien peuvent aider les bénéficiaires à préparer les repas, à entreposer la nourriture, etc.
- L'administration des médicaments est un service essentiel à offrir à ce groupe client.

Réussites
Les plus grandes réussites sont les suivantes :

- Voir « des personnes en vie, qui ne vivent pas sous les ponts ou qui ne font pas la ronde entre l'hôtel, le refuge, la crise… et qui ont un toit. »
- « Voir les gens améliorer leur logement », en passant de Hazelton Residence au logement social.
- Les répercussions sociales positives : la diminution du recours aux services hospitaliers, aux prisons et aux refuges d'urgence qui suscite des économies pour le contribuable.
-

Contacts
Joyce Wilson, Residential Services Manager, Lookout Society, 429 Alexander Street, Vancouver, BC V6A 1C6, Téléphone (604)255-0340, Télécopieur (604)255-0790, Courriel joycewilson@lookoutsociety.bc.ca

Tenant Support Workers, 346 Alexander Street, Vancouver BC V6A 1C3 Téléphone (604) 681-9873.

Étude de cas n° 5 : Projet de maison de transition pour les autochtones à mobilité réduite – Winnipeg, Manitoba

Description physique
La demande de financement de ce projet a été présentée à l'initiative fédérale nationale pour les personnes sans abri (l'Initiative de partenariats en action communautaire). L'Association canadienne des paraplégiques et Ten Ten Sinclair Inc. de Winnipeg ont élaboré le projet.

Il s'agit d'un projet de maison de transition (la durée du séjour variera d'un an et demi à trois ans) qui répondra aux besoins des Autochtones en tenant compte des différences culturelles. La maison appartiendra aux Autochtones et sera exploitée par eux.

Le site final du projet n'a pas encore été déterminé, mais le projet comprendra environ 20 unités : 25 % : 1 chambre (5 unités); 50 % : 2 chambres (10 unités); 20 % : 3 chambres (4 unités); et 5 % (4 chambres. Les aires communes comprendront une salle à manger et une aire de préparation de la nourriture; une salle de thérapie physique et d'ergothérapie; des pièces pour les invités et les préposés; des bureaux, des salles de rencontre; des aires de jeu à l'extérieur pour les enfants.

L'endroit devrait être près des magasins, du transport, des services médicaux, des écoles et des services professionnels. Les organisations qui participent à l'élaboration du projet préfèrent être loin du centre-ville.

Résidents
Les clients respecteront les critères suivants :

- Être en situation d'itinérance absolue ou relative ou risquer de devenir sans abri.
- Être Autochtone et avoir des problèmes considérables de mobilité – principalement des blessures à la moelle épinière.
- Ne pas recevoir des services et du soutien courants des programmes de logement traditionnels ou destinés à la population en général.
- Être passé au travers des mailles des diverses organisations de services sociaux et des programmes d'aide.

L'établissement accueillera les particuliers et, s'il y a lieu, la famille immédiate.

Services
Les services répondront aux besoins post-traumatiques et de récupération. Le programme offrira du soutien par les pairs et l'application d'un modèle de guérison holistique et traditionnelle. Cela comprendra du counselling spirituel et émotionnel, des cérémonies de guérison collective, la présence de préposés 24 heures par jour (habillage, bain, etc.), de la thérapie physique et de l'ergothérapie. Il y aura aussi des services de counselling en toxicomanie, d'apprentissage des aptitudes à la vie quotidienne et de gestion du budget. L'équipe d'approche directe participera à la coordination des services pour ceux qui sont prêts à déménager en logement permanent ou pour les clients qui ne résident pas dans l'établissement.

Historique
Le chapitre du Manitoba de l'Association canadienne des paraplégiques offre des services à la collectivité autochtone depuis les années 1980. Le travail des conseillers en réadaptation suscite un taux élevé d'épuisement professionnel parce qu'il consiste souvent à gérer des crises et parce qu'il est de plus en plus difficile depuis quelques années de trouver du logement convenable et abordable. Le logement disponible est souvent non adapté ou il est situé dans des quartiers non propices pour les clients (des bandes criminelles peuvent par exemple y sévir). Un grand nombre des futurs résidents de ce projet ont quitté les réserves pour venir à Winnipeg, souvent avec peu ou pas de soutiens familiaux et sociaux.

Ten Ten Sinclair, l'autre partenaire du projet, favorise et développe un mode de vie autonome pour les handicapés physiques. Ten Ten Sinclair a constaté que certains résidents ne sont pas capables de composer avec les responsabilités et les comportements attendus d'eux en maison de transition (comme signer un bail) et certains résidents finissent par être expulsés. Ces personnes deviennent souvent sans abri et ont recours au système de refuges.

Le financement de l'Initiative de partenariats en action communautaire a permis l'élaboration du projet en réponse au besoin.

Le budget d'immobilisations est encore en train d'être établi. Le budget annuel d'exploitation est estimé à 430 000 $.

Philosophie générale
La vision d'orientation du projet est celle de la création d'un établissement de maison de transition où la personne et ses proches peuvent bénéficier d'une vaste gamme de services efficaces et convenables. Ces services ont pour objet de les aider à relever la gamme des défis quotidiens de la vie.

Contacts
Audrey McIlraith
Directrice exécutive
Association canadienne des paraplégiques (Manitoba) Inc.
825, rue Sherbrooke
Winnipeg (Manitoba) R3A 1M5

Téléphone : 204) 786-4753, poste 224
Télécopieur (204) 786-1140
courriel amcilraith@canparaplegic.org

Étude de cas n° 6 :Résidence du Vieux-Port – Montréal, Québec

Description physique
La Résidence du Vieux-Port, ouverte en 1987, compte 40 chambres dans le Vieux-Montréal. Elle est exploitée par la Maison du Père, qui offre un refuge et des services aux hommes sans abri du centre-ville de Montréal depuis plus de 30 ans.

La Maison du Père s'apprête à entreprendre de grands travaux d'une valeur prévue de 11 millions de dollars. Il s'agira notamment d'augmenter le nombre de lits de refuge de 108 à 130, d'ajouter 20 studios pour les hommes de 25 ans et plus qui sont prêts à vivre en autonomie avec du soutien. La Résidence du Vieux-Port sera déménagée aussi. Le déménagement de la Résidence permettra également d'augmenter la capacité à 72 chambres, qui seront situées aux deuxième et au troisième étages de l'immeuble (les studios seront au quatrième étage).

Résidents/Clients
Les hommes sans abri de 50 ans et plus (le plus vieux est âgé de 90 ans) qui ont des problèmes d'alcoolisme, ou de santé mentale, ou les deux. Beaucoup d'entre eux ne sont plus acceptés dans les autres établissements.
Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale qui rendent la vie de groupe difficile, qui ont des problèmes de santé très graves ou qui sont dysfonctionnelles (par exemple incapables de manger, de se vêtir, ou qui ont des problèmes graves de mobilité) ne peuvent pas demeurer à la résidence.

Les hommes sont aiguillés vers la Résidence du Vieux-Port par la Maison du Père, l'Accueil Bonneau, le Centre Dollard-Cormier (traitement de la toxicomanie) par l'hôpital ou par le Centre local de services communautaires (CLSC).

Services
Les services incluent des repas et des goûters, la buanderie, le soutien médical et social. Il y a 22 employés et neuf bénévoles qui travaillent à la Résidence. Les services médicaux sont dispensés par l'équipe des sans-abri du CLSC local.

Historique
Les travailleurs de la Maison du Père reconnaissaient depuis des années le besoin de logement et de soins de longue durée pour les hommes sans abri de façon chronique qui avaient des problèmes d'alcool, de drogues et de santé mentale. La Maison des marins du Vieux-Montréal était vide et, en 1987, l'Année internationale des personnes sans abri, elle a été ouverte à nouveau sous la forme de la Résidence du Vieux-Port.

Il a été décidé de fusionner la Résidence et la Maison du Père en partie pour réaliser des économies d'échelle dans les activités comme la buanderie, la préparation des aliments et l'entretien. Les trois paliers de gouvernement vont financer le projet, mais les 500 000 $ requis au titre du matériel (cuisine, buanderie) ne sont pas couverts dans les subventions. Une campagne de levée de fonds sera lancée bientôt.

Les hommes paient chambre et pension – 450 $ par mois pour les prestataires de l'aide sociale et 470 $ par mois pour ceux qui ont une pension. Cela ne changera pas dans le nouveau projet.

Philosophie générale
Dispenser du soutien de longue durée aux hommes sans abri de 50 ans et plus qui ont des problèmes particuliers comme l'alcoolisme, des problèmes de santé mentale, etc.

Le projet veut redonner leur dignité aux hommes, leur apprendre à s'aimer et, s'ils le désirent, les aider à renouer avec leurs familles.

Préoccupations et défis

- Le déménagement de la Résidence du Vieux-Port a suscité certaines préoccupations. Il faut notamment s'assurer d'être adéquatement préparé et de bien tenir compte de l'incidence du déménagement sur les résidents fragiles.
- Il est préoccupant de déménager ces hommes en les ramenant dans le secteur du centre-ville où les bars et les machines de loterie vidéo foisonnent, et où il y a les prédateurs de ces personnes vulnérables.
- On est en train de redéfinir la cohabitation des studios et des chambres avec le grand refuge et les services. Les types de logements plus permanents seront séparés du refuge, mais les installations de la salle à manger continueront d'être partagées. Il est proposé d'établir des postes différents pour garder les divers groupes clients séparés. Les studios et la Résidence partageront toutefois un immeuble et il est prévu en ce moment d'établir une entrée commune et une cour partagée. On n'a pas encore établi clairement si on allait prendre des mesures pour séparer ces deux groupes.

Leçons
Il est essentiel de travailler en équipe et avec les partenaires pour réaliser les objectifs fixés.

Réussites

- Offrir du logement de longue durée aux hommes vulnérables.
- Donner leur dignité aux hommes et leur offrir une communauté aidante à la fin de leur vie.

Contacts
Francine Rioux
Administratrice adjointe
Résidence du Vieux-Port
165, place d'Youville
Montréal, H2Y 2B2
Tél : (514) 843-3739
Télécopieur : (514) 843-6964

Geneviève Grégoire

Directrice adjointe
Maison du Père
550, boul. René-Lévesque Est
Montréal (Québec) H2L 3R3

Tél. : (514) 845-0168
Télécopieur : (514) 845-2108

Étude de cas n° 7 : Maison Claire-Ménard – Montréal, Québec

Description physique
La Maison Claire-Ménard est située en partie dans un complexe d'immeubles qui contient l'Accueil Bonneau, un organisme caritatif qui existe depuis 1877. Situé dans le Vieux-Montréal, l'Accueil Bonneau offre des repas, des vêtements, du counselling et un centre de traitement de jour. Il exploite également des maisons de chambres et du logement supervisé seul et en partenariat avec la Maison du Père, un autre refuge du centre-ville.

La Maison Claire-Ménard compte 31 logements autonomes (y compris un logement pour le concierge).

Résidents/Clients
Le projet offre du logement permanent aux hommes sans abri de 50 ans et plus. La plupart sont aiguillés par l'Accueil Bonneau, par la Maison du Père ou par l'équipe des sans-abri du centre local de services communautaires (CLSC).

La capacité des hommes de vivre en autonomie est évaluée.

La résidence n'est pas adaptée pour les personnes qui ont des problèmes graves de mobilité.

Services
Les résidents de la Maison Claire-Ménard ont accès à tous les services de l'Accueil Bonneau (le secteur logement est situé aux deux étages supérieurs de l'Accueil Bonneau, et relié au centre de traitement de jour).

La Maison Claire-Ménard compte un travailleur social et d'autres services sociaux offrent du soutien, notamment le CLSC local, qui offre des services médicaux et sociaux sur les lieux quelques fois par semaine. L'Accueil Bonneau administre les médicaments. Le concierge résident s'occupe des urgences et travaille en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe.

Historique
Suite à une explosion au gaz en 1998 qui a entraîné l'obligation de reconstruire, il a été décidé de rénover les étages supérieurs de l'immeuble qui contenaient auparavant des bureaux, en les transformant en 31 logements permanents. L'ensemble résidentiel a été nommé en souvenir de Sœur Claire Ménard, l'une des travailleuses de l'Accueil Bonneau qui perdit la vie dans l'explosion.

Les rénovations des deux étages d'habitation ont coûté plus de deux millions de dollars. Le projet a été financé par le programme de logement social du Québec, Accès-Logis Volet 3, qui subventionne le logement supervisé. Les résidents paient 25 % de leur revenu pour le loyer.

Philosophie générale
Les hommes qui vivent à la Maison Claire-Ménard sont appuyés, autant que possible, dans leur nouvel apprentissage de la vie autonome. Tous les résidents ont un bail et doivent respecter les règles internes. Le Conseil d'administration de neuf membres compte trois membres résidents.

Préoccupations et défis
Le principal défi est la sélection des nouveaux résidents – le besoin de logement est grand. Un deuxième projet, Claire-Ménard II, est en voie de planification.

Leçons
- La nécessité de travailler en équipe et en partenariat avec les divers fournisseurs de services.
- Demeurer focalisé sur les besoins des résidents et leur indépendance.
- Créer un milieu plaisant et une communauté de personnes.

Réussites
- Il est heureux d'avoir pu régler tous les détails administratifs requis pour mener le projet à terme.
- La rénovation de l'immeuble, qui était en très mauvaise condition, était complexe. Il fallait s'adapter, d'une part, aux besoins des résidents et respecter, d'autre part, les contraintes architecturales imposées à l'immeuble parce qu'il s'agit d'un édifice à valeur patrimoniale situé dans le Vieux-Montréal. Les normes patrimoniales imposées aux travaux de rénovation étaient très strictes.
- L'ensemble a accru l'indépendance et la stabilité des résidents – ils sont rares à quitter l'ensemble.

Contacts
Soeur Nicole Fournier
Directrice générale

Ronald Vallée
Responsable de l'habitation

Accueil Bonneau Inc.
427, de la Commune Est
Montréal (Québec) H2L 3R3

Tél. : (514) 845-6009
Télécopieur : (514) 845-8758

Étude de cas n° 8 : Birchmount Residence - Toronto, Ontario

Description physique
Birchmount Residence, située dans le sud-ouest de Scarborough (le début de la banlieue et du secteur east Beaches), fait partie de Seaton House[7], un refuge polyvalent du centre-ville de Toronto qui compte plus de 500 lits pour les hommes.

Cet ancien centre de soins de longue durée de 2136 mètres carrés possède 60 lits. Les dimensions des chambres varient; il y a huit chambres de 11 mètres carrés, quatre chambres moyennes d'une dimension maximale de 18,5 mètres carrés (deux hommes par chambre) et six chambres communes plus grandes d'une dimension maximale de 37 mètres carrés qui comptent chacune de trois à cinq lits. Quatre des chambres ont des toilettes annexées.

Il y a cinq pièces de télévision (quatre pour les fumeurs), une salle de billard, deux salles à manger (une grande), une cuisine pour la préparation des repas, un poste de soins infirmiers, un bureau d'accueil, des bureaux de counselling et d'administration, une salle de vêtements et des aires d'entreposage et de fournitures d'entretien au sous-sol.

Résidents/Clients
Birchmount peut loger des hommes de plus de 50 ans (le plus vieux est âgé de 83 ans) et entre 60 et 70 hommes sont logés chaque année. La plupart sont en mauvaise santé, et ils ont habituellement au moins un problème de santé chronique. La plupart ont des problèmes d'hygiène de base et certains ont des problèmes de mobilité (environ 20 % utilisent des cannes ou des marchettes), mais ils doivent être capables de monter des marches. Certains ont des problèmes graves de santé mentale ou physique, ou les deux, des problèmes cognitifs ou du développement, et environ la moitié ont un problème de consommation abusive, habituellement de l'alcool. Un grand nombre ont recours aux refuges depuis longtemps, sans contact ou soutien familial.

Les hommes doivent être capables de gérer leurs soins personnels avec un soutien limité du personnel, ils ne doivent pas avoir de problèmes d'incontinence, ni avoir besoin d'un dispositif d'oxygène, d'une intra-veineuse ou d'autres procédures médicales intrusives ou d'équipement particulier. Ils doivent vouloir être responsables financièrement et payer le loyer, et ils doivent aussi se comporter d'une façon « fiable, prévisible et respectueuse dans la collectivité[8] ». Ils peuvent consommer de l'alcool mais ils doivent être « capables d'agir convenablement et de façon responsable » et être prêts à collaborer à une démarche de réduction des préjudices. Les abus de médicaments ou de drogues de la rue ne sont pas tolérés.

Services
Les services incluent les repas, les soins personnels, l'entretien ménager, le counselling, la gestion du budget et des finances, le personnel infirmier, les médecins, le soutien en

[7] Voir la description de Seaton House dans l'étude de cas n° 7.

[8] Critères d'admission de Birchmount Residence

matière de santé mentale, l'aide au logement et un certain soutien de suivi dans la collectivité. Tous les services, sauf les services en matière de santé mentale, sont fournis par le personnel interne.

Les services d'entraide offerts aux résidents sont dispensés notamment par le Birchmount Bluff's Neighbourhood Centre (centre et programmes pour les aînés, et une piscine), le Providence Centre Foot Care Clinic et le Centre 55.

Les résidents paient chambre et pension – 701 $ par mois pour les hommes de 65 ans et plus. Les hommes du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées paient 404 $ par mois.

Historique
Il apparaissait que les hommes âgés ne bénéficiaient pas d'aide et de soutien appropriés et que l'environnement du grand refuge ne convenait pas. À cause de leur âge et de leur vulnérabilité, ils étaient enclins à devenir victimes des personnes plus jeunes ayant recours aux refuges. Toutefois, même si ces hommes étaient plus âgés et que leur santé se détériorait, ils n'étaient pas assez vieux chronologiquement et ne croyaient pas non plus qu'ils devaient vivre dans les foyers traditionnels pour les personnes âgées ou dans les établissements de soins de longue durée. On voulait les éloigner du grand refuge et les placer dans un endroit tranquille et sûr, loin des résidents plus jeunes, actifs et souvent en meilleure condition du centre.

La possibilité de le faire s'est présentée en 1999, quand Seaton House a été rénové. Un groupe important d'hommes âgés étaient dans le système du refuge, « et n'allaient nul part ». Beaucoup d'entre eux vivaient à la résidence des hommes âgés de Seaton House, qui occupe encore aujourd'hui le quatrième étage.

Il a fallu déménager temporairement les résidents au cours des rénovations, mais ce groupe d'hommes âgés n'avait nul part où aller. L'équipe de Seaton House a également compris que les hommes âgés étaient les plus vulnérables et les moins susceptibles de résister au déménagement et à la dislocation associés à des rénovations majeures. On a décidé alors de leur trouver un endroit plus convenable. La Ville de Toronto a déterminé qu'un établissement désaffecté de soins infirmiers du secteur Beaches de Toronto (classe moyenne et moyenne supérieure) constituait un endroit susceptible d'offrir une solution à long terme.

Le plus grand défi du projet de Birchmount Residence était la réaction négative des voisins au projet et la perception de risque pour les enfants d'une école à proximité. La ville a établi un processus de notification à la communauté pour calmer les inquiétudes et pour permettre la participation de la collectivité au projet. Un conseil communautaire de référence, constitué de 12 à 15 résidents, de fournisseurs de services, de personnes ressources de la collectivité, de conseillers et d'employés a été établi. Un mandat et un contrat communautaire ont été établis. Un outil de vérification des nouveaux résidents a également été élaboré. Le conseil continue de se réunir et participe plus au soutien du programme. Le soutien communautaire a également évolué et le projet a fait l'objet de

dons, incluant des vêtements, des fournitures, des livres, et on a établi un comité de bénévoles composé de personnes qui habitent le secteur et qui visitent les résidents, participent à des pique-niques et à des sorties avec eux.

Les huit programmes de Seaton House disposent d'un budget annuel de 18 millions de dollars, financé par la Ville de Toronto. Birchmount Residence coûte environ un million de dollars par année, moins le revenu de chambre et pension de plus de 300 000 $. Les soins à domicile sont couverts par les Centres d'accès aux soins communautaires. Un certain travail de soutien en matière de santé mentale est accompli par Full Circle, une organisation financée par le gouvernement provincial.

Philosophie générale

- Protéger, offrir un refuge et répondre aux besoins primaires.
- Soutenir les hommes isolés socialement et infirmes dans la poursuite de leurs buts, en augmentant les options dont ils disposent pour améliorer leur vie.
- Trouver un logement ou d'autres conditions de logement et les rendre capables de survivre et de bien se porter en étant plus autonomes.

Préoccupations et défis
Il faut plus de logements supervisés, plus d'établissements et de maisons de soins de longue durée pour les personnes âgées, qui soient beaucoup plus flexibles dans le ciblage de leurs services.

Leçons

- Tous les âges et les situations de vie peuvent changer et croître. Les hommes se portent mieux lorsqu'ils ont l'opportunité d'être plus indépendants et de croître dans un milieu plus petit que le grand refuge des hommes du centre-ville.
- La qualité de vie des hommes s'améliorera seulement s'ils interagissent plus avec d'autres dans un milieu plus petit et plus humain qui a peu de règles et qui permet plus d'interaction avec le personnel. Cela permet à certains d'obtenir la confiance et le soutien requis pour déménager dans des conditions plus indépendantes de logement. Autrement, ils demeurent dans le système de refuge et déclinent avec peu de chances de sortir du système à mesure que le temps passe.
- Il ne faut pas reprendre un projet comme l'ensemble de Seaton House – c'est trop gros.

Réussites

- Rapports avec la collectivité. Prouver à la collectivité que les hommes n'étaient pas une menace pour elle et bénéficier du niveau de soutien communautaire maintenant accordé à Birchmount Residence.
- Une moyenne de deux résidents par mois ont été déménagés dans des logements supervisés ou indépendants depuis le début du programme. Un travailleur du logement a établi des rapports avec des maisons de repos et d'autres options de logement pour les résidents prêts à déménager (par exemple, deux logements sont réservés dans une résidence locale pour personnes âgées en échange du soutien

offert aux personnes âgées isolées qui vivent dans la résidence).

Contacts

Dan Anstett
Superviseur de programme
Birchmount Residence/Long Term Program
Seaton House
339, rue George
Toronto (Ontario)
M5A 2N2

Tél. : 416-392-5761
Télécopieur : 416-392-5549.
Courriel : danstet@toronto.ca

Étude de cas n° 9 : Legion Wing - Prince George, Colombie-Britannique

Description physique
Prince George est un point central pour un grand nombre de petites collectivités et établissements isolés du nord de la Colombie-Britannique. Le Legion Wing est un immeuble d'habitation de deux étages attenant à un établissement de soins de longue durée et directement au-dessus d'un centre pour personnes âgées. Situé dans un quartier semi-résidentiel avec des écoles et des parcs, il est à deux pâtés de maisons d'un centre commercial et il y a un arrêt d'autobus devant la porte d'entrée. L'établissement compte 22 chambres meublées (20 mètres carrés), avec cuisinette et salle de bains à deux accessoires.

Résidents/Clients
Les résidents sont « les pionniers oubliés » : 75 % sont des hommes, 25 % sont des femmes; la plupart, mais pas tous, sont âgés de 65 ans et plus ; le tiers ont des problèmes de consommation abusive; le quart utilisent des appareils fonctionnels comme des cannes et des marchettes; deux résidents utilisent de l'oxygène. Leurs diagnostics incluent plusieurs types de déficiences cognitives. Les résidents ont déménagé à Legion Wing parce qu'ils n'étaient pas capables de prendre soin d'eux-mêmes à cause de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de la déficience cognitive. Certains ont « vécu à la dure un peu partout », dans des refuges ou dans des chambres au centre-ville. L'itinérance absolue est très rare dans le nord, le climat est trop dur.)

Services
Les fournisseurs de services sur les lieux incluent une infirmière auxiliaire autorisée (1 ETP), des travailleurs en aptitudes à la vie quotidienne (7 h à 19 h chaque jour), un travailleur en loisirs (les jours ouvrables, six heures par jour) et un travailleur social (0,5 ETP) qui offrent de l'aide pour la gestion du budget, le ménage, les loisirs et les rendez-vous. Les fournisseurs de services en visite incluent trois travailleurs réguliers de soutien à domicile, un préposé aux soins à domicile, un podiatre, un physiothérapeute, un ergothérapeute et des bénévoles qui aident les travailleurs en aptitudes à la vie quotidienne. L'établissement sert un repas par jour aux résidents – dans le centre des aînés en bas, les jours ouvrables, et dans le salon du deuxième étage, les week-ends. On encourage la participation aux loisirs. Les résidents paient leur loyer en fonction des lignes directrices de la SCHL pour le logement subventionné des personnes âgées. Le loyer (incluant la chambre, le câble et les commodités) plus les frais mensuels d'un repas par jour, des droits de programme et des droits de pharmacie au prorata, s'élève à 506 $ par mois.

Historique
Dans les années 1990, les besoins non satisfaits des personnes âgées sans abri sur une base cyclique, présentant des problèmes de consommation abusive et d'autres problèmes de santé et qui avaient recours à des refuges temporaires et à des lits d'hôpitaux, sont devenus de plus en plus apparents dans la région. Cette situation a fait naître le projet Legion Wing en 1999. L'immeuble, prévu à l'origine pour le logement de personnes âgées, mais sous-utilisé parce qu'il n'avait pas d'ascenseur et de salles de bains

entièrement privées, a été établi comme nouveau foyer possible de ce groupe client. Le Programme des services aux personnes âgées, Santé mentale, a mis sur pied un groupe inter-sectoriel (soins de longue durée, santé mentale, refuges, services d'approche directe pour les personnes âgées, propriétaires du centre-ville, groupes anti-pauvreté et Telus Pioneers – une association de retraités) qui a reçu un financement annuel d'un fonds provincial de la santé mentale. L'autorité régionale de la santé a transféré les opérations de Legion Wing au Programme des services aux personnes âgées. Les modifications de l'immeuble étaient mineures : on a converti deux anciennes chambres avec usage de la cuisine en bureau, cuisine et espace d'entreposage; on a installé de nouvelles fenêtres ; on a refait le câblage électrique; on a acheté des fournitures et des appareils ménagers avec les fonds amassés par les Telus Pioneers. C'est l'autorité régionale de la santé qui assume le coût des services publics; le programme de Santé mentale couvre les frais d'administration.

La philosophie du projet est fondée sur le respect, centrée sur le client, basée sur une démarche multi-disciplinaire de réduction des préjudices, et elle a pour but de stabiliser et d'optimiser la qualité de vie de cette population difficile à loger.

Préoccupations et défis
Les fournisseurs sont préoccupés parce que les services de soutien à domicile en Colombie-Britannique ont été très réduits, y compris le soutien en matière d'hygiène, un volet important des soins pour ce groupe particulier. On regrette également que l'absence d'ascenseurs oblige à accepter seulement des personnes capables d'utiliser les escaliers, sans compter que les travailleurs de soutien à domicile qui doivent transporter des sacs d'épicerie et des fournitures pour leurs clients habitant en haut, trouvent cela épuisant.

Leçons

- Les activités sont la clé. Les activités stimulent les résidents, leur permettent d'interagir entre pairs et de faire autre chose que de consommer de l'alcool quand ils ne sont pas occupés. Elles donnent l'occasion au personnel d'évaluer le fonctionnement des clients.
- Nous avons modifié les heures de programme pour que les activités organisées puissent se dérouler le soir, une période difficile de la journée pour les personnes seules.
- Ce « modèle de petit groupe » semble bien fonctionner, dans des groupes de moins de 25 personnes.

Réussites

- Certaines personnes connues pour s'enivrer en public ont réussi à se réadapter et à se faire accepter par la collectivité des personnes âgées, et certaines ont même retrouvé la famille qu'elles avaient perdue de vue.
- On a pu réduire l'exploitation financière de cette population vulnérable et atteinte de déficience cognitive, et même l'éviter.
- Certains résidents dont les effets secondaires du diabète étaient graves ont été stabilisés.

- Les résidents ont formé une Association des résidents, ils ont réclamé l'aménagement d'un terrain pour jeu de fers à cheval dans le parc municipal à côté du Legion Wing et ils l'ont obtenu, ils ont organisé un événement spécial auquel ont été invités les membres du centre des personnes âgées, les résidents de l'établissement de soins de longue durée, des dignitaires locaux et des membres des familles pour célébrer l'ouverture.

Contacts
Karla Staff, LTC Assessor, Northern Health, Prince George, BC Téléphone : (250) 562-1036, Courriel : Karla.Staff@northernhealth.ca

Louise Holland, RSW, Elderly Services Program, Mental Health Centre, Prince George BC ,Téléphone : (250) 565-7408, Courriel : Louise.Holland@northernhealth.ca

Étude de cas n° 10 :Veterans' Memorial Manor – Vancouver, Colombie-Britannique

Description physique
Veterans' Memorial Manor est situé dans le Downtown Eastside de Vancouver, en Colombie-Britannique, « le quartier malfamé » du Canada, un secteur familier pour les personnes difficiles à loger. Le Manoir est un immeuble de cinq étages en briques jaunes, ornées d'un beau rouge, avec une aire de réception, une cafétéria communautaire, une salle de jeux, une salle de télévision, des bureaux pour les fournisseurs de services, une bibliothèque et un jardin/cour intérieure au rez-de-chaussée. En haut, il y a 134 logements pour les anciens combattants : 78 studios avec salles de bains complètes, 16 logements conçus spécialement pour les personnes handicapées et 40 chambres-salon avec des salles de bains à deux accessoires. Les logements sont conçus pour résister aux coups (par exemple, les planchers sont en linoleum, et les meubles ont des angles arrondis). Il y a un jardin sur le toit, avec vue sur la montagne et sur l'eau.

Résidents/Clients
Le Manoir compte 134 résidents (le nombre maximal) et le taux de roulement est d'environ 10 % (c'est-à-dire que 12 ou 13 personnes meurent chaque année). Il s'agit d'hommes de 70 à 94 ans. Les demandeurs doivent avoir 55 et plus. La plupart ont peu d'éducation formelle et étaient des travailleurs manuels, par exemple dans l'exploitation du bois. Une trentaine utilisent des marchettes, six ou sept se déplacent en fauteuils triporteurs, trois ou quatre sont en fauteuils roulants électriques, 10 à 12 ont une canne (en d'autres mots, environ 40 % utilisent des appareils fonctionnels); 18 ont un diagnostic de maladie mentale et six autres sont aux premiers stades de la démence. Les caractéristiques des résidents ont changé au cours des 17 dernières années : ils arrivent maintenant plus vieux et plus fragiles. Ils sont chez nous principalement parce qu'ils vivaient dans de très mauvaises conditions, parce qu'ils étaient pauvres, alcooliques et, dans certains cas, vivaient avec le syndrome de stress post-traumatique non diagnostiqué. Un grand nombre étaient sans abri, « vivant sous le Georgia Viaduct et dans le parc ».

Services
Personnes et services sur les lieux au Manoir : l'administrateur, l'adjoint administratif, le concierge, le personnel de sécurité 24 heures par jour, 7 jours par semaine et le service de repas trois fois par jour à la cafétéria communautaire. Les fournisseurs de services en visite offrent le Counselling, les soins personnels et le soutien à domicile (à calendrier fixe), les soins infirmiers quotidiens (avec continuité de fournisseur), la thérapie physique et l'ergothérapie, la podiatrie, les coupes de cheveux (chaque mois), les visites des médecins (trois ou quatre fois par semaine dans certains cas), l'aide en matière de gestion financière, et les soins palliatifs lorsqu'il y a lieu. Les services offerts dans le quartier incluent le déplacement gratuit en autobus pour se rendre à un centre de soins de jour. L'autorité régionale de la santé et une société sans but lucratif paient les services offerts à l'extérieur du Manoir. Les loyers sont entre 340 $ et 350 $ par mois et comprennent l'hébergement et les services indiqués ci-dessus. Les repas (2 $ par repas) sont subventionnés par les gouvernements fédéral et provincial et l'administration municipale. Le ministère fédéral des Anciens Combattants couvre le soutien à domicile et les frais d'exécution d'ordonnances à la pharmacie pour les anciens combattants qui sont « trop

fortunés » (dont les revenus annuels sont supérieurs à 16 000 $) pour pouvoir bénéficier de services gratuits.

Historique
Une enquête demandée par le Directeur régional du ministère des Anciens Combattants en 1984-1985 a révélé que plus de 900 anciens combattants vivaient au centre-ville, dont certains « vivaient à la dure », et dont bon nombre habitaient des maisons de chambre décrépites. Les résultats de l'enquête ont amené le ministère des Anciens Combattants, des sociétés de bienfaisance (par exemple la Legion), la SCHL, les Amputés de guerre et la municipalité à travailler ensemble à la création du Veterans' Memorial Manor. La Ville de Vancouver a loué le terrain sans frais au projet pour une période de 40 ans, commençant en 1986; et les Amputés de guerre ont fourni 16 logements pour les personnes handicapées et amassé des fonds pour un système d'intercom. Veterans' Manor a ouvert en 1986. La philosophie sous-jacente de l'ensemble consiste à « fournir de l'hébergement sûr et propre et de la bonne nourriture aux anciens combattants, à faible coût. » Et, « s'ils veulent mourir ici, nous les laissons mourir ici ».[TRADUCTION]

Les dépenses d'établissement s'élevaient à 4,3 millions de dollars, fournis par la SCHL par l'entremise du Programme de logement sans but lucratif, le ministère des Anciens Combattants et la Ville de Vancouver. Le budget réel d'exploitation annuel n'est pas connu, mais il inclut 221 000 $ au titre des salaires, 25 000 $ pour l'impôt foncier et 14 000 $ pour assurer l'immeuble. Les sources de revenu annuel incluent 80 000 $ pour les frais généraux de la SCHL, le revenu de location des logements pour les anciens combattants, et la location de la cafétéria communautaire à la Ville de Vancouver pour plus de 55 000 $. Les services non couverts dans le budget annuel d'exploitation sont tous les services offerts par l'entremise du programme de soins de longue durée de l'autorité régionale de la santé, et ceux offerts par une société sans but lucratif de la région.

Préoccupations et défis
Il n'y a pas de causes majeures d'inquiétude, selon l'administrateur, qui croit que les besoins des anciens combattants locaux sont bien satisfaits.

Leçons
Conseil offert à ceux qui pourraient vouloir créer une option semblable de logement pour cette population difficile à loger : « Lancez-vous, ayez un bon sens de l'humour, soyez calme » et soyez un ancien combattant. On conseille également de ne pas élargir les ensembles aux jeunes sans abri, même si le taux d'occupation n'est pas de 100 %, parce qu'ils peuvent tenter d'exploiter les résidents âgés et plus fragiles.

Réussites
- Le manoir « a enlevé le pire du pire » et « a sorti les gars de la rue! »
- Le Veterans' Memorial Manor aide les anciens combattants les plus pauvres en leur fournissant un refuge sûr, l'accès à des repas peu coûteux, des soins médicaux et infirmiers sur une base régulière et un logement dans un quartier

familier.

- Le manoir aide les contribuables en gardant les anciens combattants malades et mourants à l'extérieur des urgences ou des unités de soins palliatifs des hôpitaux, épargnant ainsi des millions de dollars par année.
- Un certain nombre de résidents ont cessé de consommer de l'alcool de façon abusive une fois logés et soignés au Veterans' Memorial Manor, et ils ont déménagé dans un logement social destiné aux personnes âgées de la population en général.

Contacts
Warren Matheson, Administrateur, 310 Alexander Street, Vancouver BC V6A 1C3.
Téléphone : (604) 688-4560, Télécopieur : (604) 688-1427.

Jack Macleod, Adjoint administratif, même adresse et numéros que ci-dessus.

Étude de cas n° 11 :Former Integrated Program, Oak Bay Lodge – Victoria, Colombie-Britannique

Description physique
Oak Bay Lodge, un ancien hôtel, est situé aux confins d'un quartier résidentiel de classe moyenne ascendante de Victoria. L'immeuble est une structure de quatre étages dotée d'une immense entrée et d'un grand salon. Il possède toutes les caractéristiques d'un établissement de soins de longue durée des années 1970. Il a connu de grandes rénovations au fil des ans, pour répondre au changement de profil des résidents. Le même endroit compte du logement supervisé et un centre de traitement de jour pour les adultes.

Résidents/Clients
Le Lodge compte 282 lits. Tous les résidents du Lodge ont besoin de soins complexes; la plupart sont des femmes fragiles de 85 ans et qui ont plus d'un diagnostic, y compris la déficience cognitive. Un « programme intégré » a été lancé en 1989 : trois lits de l'établissement étaient réservés aux clients de VISTA (un programme d'approche directe de Victoria à l'intention des adultes âgés qui ont des problèmes de consommation abusive et d'accoutumance). Quelques-uns des clients du programme vivent à la dure et sont sans-abri par cycles, en raison des comportements associés à la consommation abusive d'alcool, à l'isolement et au manque d'aptitudes sociales et domestiques. Certains sont atteints de déficience cognitive permanente, ils manquent de jugement et ne sont pas sensibles à l'incidence de leurs comportements sur les autres; ils vont de crise en intervention en crise et le déclin de leur santé physique et morale coûte très cher aux contribuables. Ils ont l'air beaucoup plus vieux que leur âge.

Services
Le Lodge offre des soins infirmiers 24 heures par jour, des repas sur les lieux et tous les autres soutiens habituels des établissements de soins de longue durée. Il n'offre pas de programme de désintoxication. Il n'y a pas eu d'ajout de services pour les clients du programme VISTA.

Historique
En 1989, les fournisseurs de VISTA ont demandé à Oak Bay Lodge des lits réservés à leurs clients dont certains devaient sortir de l'hôpital sans endroit où aller, et d'autres étaient quasiment des sans-abri en raison de leurs comportements. Ces clients avaient besoin de structure, de repos, de nourriture et d'attention pour leurs troubles chroniques et progressifs – bref, ils avaient besoin d'être réadaptés. L'établissement a convenu de réserver trois lits au programme, qui a été entrepris la même année. Au cours de la première année, un conseiller à temps partiel (0,75 ETP) du programme VISTA, avec un bureau au Lodge, a assumé diverses fonctions, dont l'élaboration des politiques relatives aux résidents de VISTA, l'éducation du personnel de première ligne dans l'exécution des services et la liaison avec la collectivité, le suivi du progrès des clients et la planification de leur sortie. Après un an, ces fonctions ont été assumées par les conseillers en approche directe de VISTA, dont les bureaux étaient également sur le site. Le programme a duré 12 ans, mais il a été annulé en 2002 pour diverses raisons. 1) La charge de travail est

devenue plus lourde dans l'établissement, réduisant la flexibilité du calendrier de travail des employés de première ligne. 2) Les changements survenus à la direction et chez les employés de première ligne ont entraîné des changements de la culture de l'établissement. 3) Les charges de travail des travailleurs de VISTA ont augmenté, en les privant de temps à consacrer aux clients vivant dans l'établissement. 4) L'accessibilité accrue des soins psychogériatriques des malades hospitalisés dans la région – y compris la désintoxification et les interventions interdisciplinaires – ont rendu ce programme de traitement dans l'établissement moins nécessaire. 5) Les bureaux de VISTA ont été déménagés ailleurs.

Préoccupations et défis
Les gestionnaires et les travailleurs de première ligne de VISTA continuent d'être préoccupés par le sort des personnes âgées qui ont des problèmes d'accoutumance (principalement l'alcoolisme), peu d'aptitudes sociales et de réseaux, des aptitudes domestiques limitées ou inexistantes, et qui sont souvent isolées et vulnérables. L'une des bonnes nouvelles pour VISTA est qu'un projet conçu spécialement pour leur groupe client est en train d'être mis sur pied dans la région métropolitaine de Victoria. Il s'appelle Fairway Woods. (Voir l'Étude de cas n° 12.)

Leçons
Les leçons les plus importantes apprises du programme intégré étaient les suivantes :

- L'éducation et la formation (concernant par exemple les caractéristiques de la démence du lobe frontal) devraient être financées pour les soignants de première ligne dans un établissement de soins de longue durée où on introduit un « programme intégré ». Les employés ont besoin d'orientation en ce qui concerne le modèle social de soins et de connaissances spéciales qui les aideront à comprendre les clients dont les comportements peuvent représenter un défi.
- Le contexte fait une différence. Dans cette situation où il y a un nombre très limité de lits dans les établissements de soins de longue durée, et de sous-financement du personnel dans les établissements, ceux-ci préfèrent naturellement accepter des résidents qui ne sont pas déjà connus pour être « difficiles ».
- Pour re-créer un programme intégré qui fonctionne, il serait nécessaire qu'un travailleur à temps partiel ou à temps plein sur place, la résidence, assume le rôle de « chef d'orchestre » d'une équipe spéciale.
- Les travailleurs de VISTA disent qu'il n'y a pas de démarche particulière « correcte » de prestation des soins aux personnes âgées sans abri, ou atteintes d'une maladie chronique, ou les deux, ou les personnes difficiles à loger. Voici deux possibilités : 1) un programme intégré bien supporté, dans un endroit désigné d'un établissement de soins de longue durée pour les clients qui ont besoin de soins complexes; et 2) des options distinctes de logements supervisés conçus à cette fin et dotés de personnel, pour les personnes qui ont besoin de supervision et de soutien (mais non de soins infirmiers).

Réussites
Les meilleures réussites sont les vies sauvées grâce à ce programme, les nombreuses leçons apprises de l'expérience et le fait qu'elle a attiré l'attention sur les besoins des

personnes âgées avec des problèmes d'accoutumance qui risquent de devenir sans abri dans la région métropolitaine de Victoria.

Contacts

Anne Wood, RSW, MSW, Conseillère, VISTA (Victoria Innovative Seniors Treatment Approach), Victoria, Colombie-Britannique.
Téléphone : (250) 953-3966, Télécopieur : (250) 356-9342.
Courriel : Anne.Wood@caphealth.org

Joyce Westcott, Administratrice, Oak Bay Lodge, Victoria, Colombie-Britannique.
Téléphone : (250) 370-6600, Télécopieur : (250) 370-6601.
Courriel : joyce.westcott@gems9.gov.bc.ca

Étude de cas n° 12 :Fairway Woods -- Victoria, Colombie-Britannique

Description physique
Fairway Woods est un immeuble de quatre étages en train d'être construit dans un but précis dans un quartier semi-résidentiel de banlieue, au même endroit qu'un centre de soins prolongés, qu'un centre de soins pour les personnes démentes et qu'un centre de soins de jour pour les personnes âgées – l'endroit appartient à l'autorité régionale de la santé. La propriété est située près du transport en commun, des bureaux de médecins, des services médicaux et des points de vente au détail. Fairway Woods aura 32 logements autonomes de 46 à 51 mètres carrés, des appartements d'une chambre à coucher (dont huit seront conçus pour les personnes handicapées) par groupes de huit par étages, des aires d'activité à chaque étage, une salle à manger commune, un vaste patio entouré d'arbres, et une véranda protégée à l'avant. La hauteur et le profil de l'immeuble sont semblables à ceux d'un immeuble d'appartements en copropriété de l'autre côté de la rue, afin de bien se marier avec le quartier. L'immeuble au complet est conçu pour le vieillissement sur place.

Résidents/Clients
Les résidents seront des personnes âgées (55 ans et plus), probablement plus d'hommes que de femmes, vivant actuellement dans tous les secteurs de la région métropolitaine de Victoria, qui ont des problèmes multiples de santé, comme la maladie mentale, l'accoutumance, une mauvaise nutrition et des problèmes physiques. En outre, un grand nombre d'entre eux n'ont pas d'aptitudes à prendre soin d'eux-mêmes, n'ont pas de soutiens sociaux et sont sans abri chroniques, ou ont vécu dans des hôtels miteux du centre-ville. Certains ont de la difficulté à « s'intégrer » dans le système de logement des personnes âgées de la population en général.

Services
Un travailleur en aptitudes à la vie quotidienne sera présent sur les lieux 24 heures par jour, sept jours par semaine, afin d'aider les résidents à gérer leur budget, à faire la cuisine, à prendre soin de soi, à se rendre à leurs rendez-vous et à faire des courses; et un (1 ETP) coordonnateur qui sera présent sur les lieux durant les heures ouvrables. On servira un repas par jour dans la grande salle à manger du rez-de-chaussée. Les résidents auront l'option de préparer d'autres repas dans leurs appartements, par eux-mêmes ou avec de l'aide. Comme les autres personnes âgées qui vivent chez elles avec des problèmes de santé, les résidents pourront obtenir du soutien à domicile, des soins infirmiers à domicile et d'autres services offerts par l'entremise de l'autorité régionale de la santé, comme la visite de conseillers pour les personnes qui ont des problèmes d'accoutumance.

Historique
L'élaboration de ce projet a commencé au début de 1997, quand quatre organisations ont collaboré afin d'envisager un projet de logement supervisé pour les personnes âgées sans abri ou difficiles à loger. Les quatre organisations étaient VISTA (Victoria Innovative Seniors' Agency, comme il s'appelait alors, un programme d'approche directe pour les personnes âgées avec des problèmes d'accoutumance et des problèmes connexes), Cool

Aid (le Victoria Cool Aid Society, un fournisseur de refuge d'urgence, de logement à faible coût et d'autres soutiens pour les personnes sans abri et difficiles à loger de la région de Victoria), le Regional District Health Facilities Planning department, et le Capital Region Health Authority (maintenant appelé Vancouver Island Health Authority). Il a fallu des mois de préparation et d'efforts pour obtenir l'engagement ferme de toutes les organisations avant de préparer la proposition, approuvée par BC Housing en vertu de son enveloppe de financement des projets pour les personnes difficiles à loger en 2000. Il existe maintenant une entente d'exploitation entre BC Housing et Cool Aid, qui limite l'utilisation de l'immeuble au logement supervisé pour les personnes âgées pour une période de 60 ans. L'autorité régionale de la santé, propriétaire du terrain, a loué la propriété au projet, à raison d'un dollar par année pendant 60 ans. La construction de l'établissement spécialisé est presque terminée. (L'information sur les coûts d'investissement n'est pas disponible.) Le budget annuel d'exploitation est de 650 000 $, et l'autorité régionale de la santé fournit 350 000 $ par année, BC Housing 175 000 $, s'ajoutant au revenu de 125 000 $ du loyer.

Une travailleuse d'approche directe de Cool Aid joue un rôle clé dans la préparation de l'ouverture de l'établissement; elle assure le lien entre « la rue » et Fairway Woods, et elle est membre du comité de sélection des résidents. L'ouverture est prévue pour juin 2003.

Préoccupations et défis
Malgré le développement de cette option de logement pour les personnes sans abri et difficiles à loger de la région de Victoria, il existe encore un besoin non satisfait de logement hautement subventionné et d'aide en matière de gestion financière dans cette population.

Leçons
- Il peut falloir énormément de temps, du concept à la construction, pour répondre aux besoins des personnes sans abri et difficiles à loger. Les groupes sans but lucratif qui envisagent un projet semblable à celui de Fairway Woods devraient se préparer en planifiant pendant plusieurs années.
- La création de cette option de logement a sensibilisé les décideurs aux niveaux régional et provincial à cette population et les a aidés à mieux la comprendre.

Réussites
On s'attend à ce que ce projet engendre beaucoup de réussites :
- La qualité de vie des clients va augmenter.
- Des services comme le soutien à domicile, les soins à domicile et le soutien en matière de santé mentale seront offerts de façon plus efficiente quand ces clients seront sous le même toit.
- Le système de santé profitera de la réduction du recours inapproprié aux hôpitaux et aux lits des établissements de soins de longue durée et du temps consacré au service d'approche directe.

Contacts

John Crean, Gestionnaire du logement, Victoria Cool Aid Society, Téléphone : (250) 383-1977, Télécopieur : (250) 383-1639, Courriel :jcrean@coolaid.org

Dennis Suwala, Gestionnaire, Special Needs Housing, Vancouver Island Health Authority, South Island Region, Téléphone (250) 370-5697, Télécopieur. (250) 370-5676, Courriel : Dennis.Suwala@caphealth.org

Étude de cas n° 13 : Pioneer Inn – Whitehorse, Yukon

Description physique
Whitehorse, une ville d'environ 21 000 habitants, est le centre du Yukon. Le Pioneer Inn est situé à trois pâtés de maisons de la rue principale de Whitehorse, près des boutiques et des services. L'hôtel compte 30 chambres, dont jusqu'à 18 sont réservées aux personnes âgées sans abri ou difficiles à loger qui ont besoin de soins de longue durée. Toutes les chambres ont une salle de bain complète et du mobilier; 12 ont une cuisinette espace repas (c'est-à-dire que ce sont essentiellement de petits studios d'environ 19 mètres carrés).

Résidents/Clients
L'endroit peut accueillir 18 résidents qui ont besoin de soins de longue durée et d'aide dans la vie quotidienne. Le taux d'occupation au moment de la rédaction était de 100 %. Les résidents sont surtout des hommes, « parce que les femmes ont plus de ressources », comme une maison de transition, et parce que le nord compte proportionnellement plus d'hommes de tous les groupes d'âge que le reste du Canada. Les résidents ont entre 45 et 73 ans et présentent des problèmes multiples de santé, incluant l'arthrite, les maladies cardiaques, le diabète et les maladies cardio-vasculaires. Certains « sont simplement vieux; ils ont vécu à l'extérieur si longtemps qu'ils ont mal partout ». Plus de la moitié de ces résidents ont des problèmes liés à l'alcoolisme. Cinq d'entre eux utilisent des appareils fonctionnels (comme des marchettes). Le profil de santé des résidents s'est dégradé au cours des dernières années, depuis que la patronne de l'hôtel « a commencé à prendre des gars de la rue ». La principale raison pour laquelle ils vivent au Pioneer Inn sous les soins de la gestionnaire est que « personne d'autre n'en veut ». Il y a très peu de roulement – ils s'installent.

Services
Les services hebdomadaires d'entretien ménager (le nettoyage et la buanderie) sont fournis par l'hôtel. La patronne de l'hôtel et sa famille fournissent d'autres services, y compris les vérifications quotidiennes des chambres, le café gratuit au salon, le savon gratuit pour la buanderie, les rappels concernant les médicaments, les escortes aux rendez-vous, y compris les visites d'urgence à l'hôpital, l'épicerie, l'aide pour lire le courrier et les prescriptions, et trois repas par semaine cuisinés chez la patronne et offerts aux résidents qui en veulent. La sœur reconnaissante d'un résident décédé offre un repas de plus par semaine. Les ressources à proximité incluent une cuisine communautaire de l'Armée du Salut, accessible « aux gars qui sont capables d'y aller », et un centre de l'âge d'or, où « ils n'ont pas d'affaires ». Le loyer des résidents (600 $ par mois) est payé directement au propriétaire de l'hôtel par les Services sociaux et de santé du Yukon.

Un autre service est une équipe d'approche directe, dans une fourgonnette, avec une infirmière et un travailleur d'approche directe, qui fait des visites deux fois par semaine, pour fournir de l'interaction sociale et faire des examens de santé. Ce service, auquel les clients et les fournisseurs tiennent absolument, sera néanmoins éliminé en juin 2003.

Historique

Il y a environ 18 ans, la patronne de l'hôtel a cru que la chose à faire était de louer les chambres d'hôtel sous-utilisées du Yukon au cours de la basse saison (de novembre à mai) aux personnes de la région qui pourraient périr autrement dans leurs cabines, dans leurs roulottes ou dans la rue en plein hiver. L'idée était bénéfique à tous : elle allait fournir des liquidités à l'hôtel au cours des mois d'hiver et offrir une ressource très nécessaire dans le nord. Le propriétaire du Pioneer Inn a coopéré à l'entreprise. Le service a simplement grandi, comme la population des personnes sans abri et difficiles à loger a grandi, et comme la proportion des personnes âgées ayant besoin de logement subventionné a continué de dépasser les ressources disponibles au Yukon.

Préoccupations et défis
On s'inquiète entre autres du fait que les résidents ont des « amis » prédateurs qui abusent d'eux financièrement – on doit protéger les résidents tout en respectant bien leur qualité d'adulte et leur intimité. Une préoccupation sociale est le fait qu'il y a peu de ressources à la disposition des personnes difficiles à loger du Yukon, particulièrement « les gars qui ont été dehors des années … qui sont mal habillés, rustres, qui pourraient être autonomes avec une certaine supervision … et qui sont désespérément seuls ».

Leçons
- « Chaque personne a besoin de se sentir utile. »
- Conseil : « Demandez à la personne qui a besoin d'aide de vous aider, pour qu'elle puisse sentir qu'elle a de la valeur et connaisse la satisfaction de savoir qu'on a besoin d'elle. » Faites en sorte que la relation soit réciproque.
- La clé de la réussite auprès de cette population consiste à établir des relations; la confiance met du temps à se construire. Cela signifie que la continuité, l'engagement et la longévité des fournisseurs de services doivent compter parmi les bases d'un programme conçu pour ce groupe.
- « Chaque personne, peu importe qui elle est, mérite le respect, un endroit décent pour vivre et de l'attention. Peu importe qui. »

Réussites
- On a créé un micro-voisinage attentionné, une famille élargie : les résidents surveillent le bien de la patronne, ils aident autour de l'hôtel (en balayant par exemple le stationnement) et ils ont appris à prendre soin les uns des autres.
- Une autre facette de la réussite est que les contribuables ont épargné des dépenses innombrables en urgences à l'hôpital, soins de longue durée, police, et autres services requis par ceux qui finissent par vivre et mourir dans la rue.

Contacts
Adeline MacDonald, Directrice générale, Pioneer Inn, 2141 Second Avenue, Whitehorse, Yukon Y1A 1C5, Téléphone (867) 668-2828, Télécopieur. (867) 668-2848, Courriel : atomsoul@hotmail.com

Kip Veale, Liaison avec les personnes âgées, Health and Social Services, Yukon, Téléphone : (867) 667-3070, Télécopieur : (867) 667-5819, Courriel : catherine.veale@gov.yk.ca

ANNEXE F : QUESTIONS DE L'ÉTUDE DE CAS

A : Description du Projet (Programme ou Stratégie)

A1) Quel est l'endroit? *(Veuillez décrire le quartier.)*

A2) Pourquoi à cet endroit?

A3) Quelle est l'échelle du projet – quelle en est l'ampleur et quelles composantes inclut-il? (*Les composantes pourraient inclure par exemple des chambres privées, des aires communes, une salle à manger, un bureau pour les fournisseurs de services en visite.)*

A4) S'il y a des unités d'habitation, comment sont-elles? (*Veuillez décrire, par exemple : « chambres meublées de 200 pieds carrés, chaque chambre est verrouillée, grande fenêtre, salle de bains à deux accessoires ».*

A5) Quels sont les services offerts ? (*Les exemples pourraient être les soins personnels, l'entretien ménager, le counselling, un repas par jour.)*

A6) Lesquels sont fournis par le personnel sur les lieux? Quel personnel avez-vous sur les lieux? (*Par exemple : des infirmières, des auxiliaires, des travailleurs animateurs, des préposés à l'entretien, des conseillers.)*

A7) Quels sont les services offerts par les fournisseurs en visite?

A8) Quels sont les services disponibles/offerts chez une ressource à proximité*(Par exemple un centre communautaire ou un centre pour les personnes âgées à proximité.)*

A9) Qui fournit les services? (*Veuillez être général. Pas de noms au complet, des acronymes ou des initiales s'il vous plaît.)*

A10) Est-ce que les résidents paient une portion de leur loyer et de leurs services?

B : Historique

B1) Quels besoins ont été établis avant le commencement du projet?

B2) Quand les besoins ont-ils été établis?

B3) Par qui? (*Veuillez être général. Par exemple : « l'autorité de la santé a engagé un consultant pour faire une évaluation des besoins ». Pas de noms au complet, des acronymes ou des initiales s'il vous plaît.)*

B4) Quels étaient les partenaires qui ont participé à l'élaboration du projet? (*Veuillez être général ; pas de noms au complet, des acronymes ou des initiales s'il vous plaît.)*

B5) Quel a été/est/sera le coût des immobilisations? *(Par exemple pour le terrain et la construction ou la rénovation.)* L'argent venait/vient/viendra d'où?

B6) Quel est le budget annuel d'exploitation? D'où vient l'argent pour l'exploitation ?

B7) Quels sont les services non couverts par cette somme? *(Par exemple, les services de soins à domicile offerts sur le site par l'autorité régionale de la santé.)* Qui finance ces autres services?

B8) Quelle est la philosophie générale de ce projet?

C : Description des clients ou des résidents

C1) Combien de résidents/clients servez-vous dans cet ensemble ou établissement à un moment donné?

C2) Combien par année?

C3) Quel sexe et groupe d'âge?

C4) Quel est leur profil de santé? *(Par exemple des diagnostics, mobilité, capacité de prendre soin de soi, fonctionnement cognitif.)*

C5) Est-ce que le profil de santé ou le client/résident type a changé au cours des dix dernières années? De quelles façons?

C6) Combien utilisent des dispositifs d'aide *(Par exemple une canne ou une marchette.)*

C7) Quelle est la principale raison pour laquelle ils sont avec vous?

D : Réflexion

D1) Quels ont été les défis les plus difficiles de ce projet?

D2) Quels sont les besoins non satisfaits qui existent encore pour ce groupe client dans votre collectivité?

D3) Quelles ont été les réussites les plus marquantes de ce projet?

D4) Qui profite de cet ensemble ou établissement? Comment?

D5) Pourquoi est-ce important?

D6) Quelles sont les leçons les plus importantes que ce projet vous a apprises?*(Par exemple, si quelqu'un d'une autre province ou d'un territoire voulait imiter votre projet dans sa région, quels conseils lui donneriez-vous?)*

E : Contact

E1) Veuillez indiquer le nom au complet, le titre, l'adresse postale, les numéros de téléphone et de télécopieur et l'adresse de courriel de deux contacts clés de ce projet.

MERCI BEAUCOUP D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE PARTICIPER!

Visitez notre page d'accueil à l'adresse suivante : www.schl.ca