

En quête d'un refuge : l'itinérance et la COVID-19

Février 2021



Une note de breffage de la SRC

En quête d'un refuge : l'itinérance et la COVID-19

Une note de breffage de la SRC

Auteurs

| | |
|------------------------------|---|
| Stefan Baral | Johns Hopkins School of Public Health |
| Andrew Bond | University of Toronto |
| Andrew Boozary | University of Toronto; Columbia University |
| Eva Bruketa | Queens University (Étudiante en médecine) |
| Nika Elmi | Johns Hopkins School of Public Health (Maîtrise ès sciences en santé publique, candidate) |
| Deirdre Freiheit | Bergers de l'Espoir |
| Monty Ghosh | University of Alberta; University of Calgary. |
| Marie Eve Goyer | Université de Montréal |
| Aaron M. Orkin | University of Toronto |
| Jamie Patel | Ryerson University (Étudiante infirmière) |
| Tim Richter | Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance |
| Angela Robertson | Centre de santé communautaire Parkdale Queen West |
| Christy Sutherland | PHS Community Services Society |
| Tomislav Svoboda | University of Toronto |
| Jeffrey Turnbull (Président) | Université d'Ottawa; Ottawa Inner City Health |
| Alexander Wong | University of Saskatchewan |
| Alice Zhu | University of Toronto (Étudiante en médecine) |

Responsable de la surveillance du processus d'examen par les pairs

| | |
|------------------|----------------------|
| Tom Marrie, MSRC | Dalhousie University |
|------------------|----------------------|

Pairs examinateurs

| | |
|---------------|-----------------------|
| Tim O'Shea | McMaster University |
| Sharon Straus | University of Toronto |

Forme suggérée pour les citations de cette note de breffage :

Turnbull, J., Baral, S., Bond, A., Boozary, A., Bruketa, E., Elmi, N., Freiheit, D., Ghosh, M., Goyer, M.E., Orkin, A., Patel, J., Richter, T., Robertson, A., Sutherland, C., Svoboda, T., Wong, A., Zhu, A. *En quête d'un refuge : l'itinérance et la COVID-19*. Société royale du Canada. 2021

Image de couverture

Jayden Fandrick, *Hidden Cities – Peace Camp III* (2020)

Photographie

Hidden Cities est une œuvre photojournalistique qui témoigne de la vie des résidents du Peace Camp, un campement érigé au cœur de la ville d'Edmonton, en Alberta. Les photographies de

cette série croquent des instants du quotidien que ce groupe marginalisé a vécus avant que son camp soit démantelé en octobre 2020. Hiddent Cities a pour but d’amorcer une discussion sur nos privilèges, sur l’accessibilité au logement ainsi que sur la façon dont notre perception des espaces publics est influencée par les gens qu’on y trouve. Jayden Fandrick étudie en conception des communications visuelles à l’Université de l’Alberta.

Reconnaissance territorial

Le siège social de la Société royale du Canada est situé à Ottawa, territoire traditionnel et non cédé de la nation algonquine.

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions de la Société royale du Canada.

Contexte concernant la préparation de cette note de breffage

En avril 2020, le président de la Société royale du Canada a établi le Groupe de travail de la SRC sur la COVID-19. Le mandat de ce groupe de travail est de dégager des perspectives éclairées par les données probantes sur les grands enjeux sociétaux qui se posent au Canada relativement à sa réponse à la COVID-19 et à sa démarche subséquente de rétablissement.

Pour rapidement produire des notes de breffage, le groupe de travail a établi une série de sous-groupes de travail ayant comme objectif de soutenir les décideurs politiques en leur fournissant des données probantes pour éclairer leurs décisions.

À propos des auteurs

Stefan Baral : M.D., M.P.H., CCMF, FRCPC, Professeur agrégé, Département d'épidémiologie, Johns Hopkins School of Public Health; médecin spécialisé dans la santé de la population, Inner City Health Associates

Andrew Bond : M.D., CCMF, MCMFC, MHA(c), directeur médical, Inner City Health Associates; chargé de cours, Département de médecine familiale et communautaire, University of Toronto

Andrew Boozary : M.D., M.P.P., M. S., directeur général, santé de la population et médecine sociale, University Health Network; professeur adjoint, University of Toronto et Columbia University

Eva Bruketa : étudiante en médecine, Queen's University

Nika Elmi : Maîtrise ès sciences en santé publique, candidate en 2021, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Deirdre Freiheit : présidente-directrice générale, Bergers de l'Espoir, Ottawa

Monty Ghosh S. : M.D., FRCPC, professeur clinique adjoint, Département de médecine interne générale et de neurologie, University of Alberta, Département de médecine et de psychiatrie, University of Calgary

Marie Eve Goyer : M.D., M. Sc., CCMF (MT), professeure adjointe, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal

Aaron M. Orkin : M.D., M. Sc., MPH, CCMF (MU), CCMF, FRCPC, professeur adjoint, Département de médecine familiale et communautaire, University of Toronto; Département de médecine d'urgence, St. Joseph's Health Centre et Humber River Hospital; chef, santé de la population, Inner City Health Associates, Toronto

Jamie Patel : étudiante infirmière, Faculté des services communautaires, Ryerson University, Toronto, Ontario

Tim Richter : président-directeur général, Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance

Angela Robertson : directrice générale – Centre de santé communautaire Parkdale Queen West, Toronto

Christy Sutherland : M.D., CCMF (MA), dABAM : directrice médicale, PHS Community Services Society, professeure clinique agrégée, Département de médecine familiale, University of British Columbia

Tomislav Svoboda : M.D., M. Sc., Ph. D., FRCPC, CCMF, Professeur agrégé, Département de médecine familiale et communautaire, Université of Toronto

Jeffrey Turnbull : M.D., FRCPC, professeur de médecine, Université d'Ottawa, directeur médical, Ottawa Inner city Health

Alexander Wong : M.D., FRCPC, professeur adjoint, Département de médecine, University of Saskatchewan, Regina, Saskatchewan

Alice Zhu : étudiante en médecine, University of Toronto

Note des auteurs

Les auteurs tiennent à témoigner leur reconnaissance à l'égard des nombreux employés, pairs et résidents de refuges qui ont généreusement contribué à la création de cette note de breffage.

Mandat et portée

Le présent rapport vise à décrire la vulnérabilité des personnes en situation d'itinérance au cours de la pandémie de la COVID-19 et l'impact que la pandémie a eu sur ces personnes et celles qui les servent, ainsi qu'à fournir des recommandations ayant comme objectifs d'atténuer les conséquences de cette crise pour ce milieu et de prévenir les conséquences que pourrait avoir une autre crise semblable.

Un grand nombre de groupes et d'organisations se côtoient dans le milieu des soins et services aux itinérants, notamment et en premier lieu la clientèle des personnes en situation d'itinérance. Les recommandations suivantes s'adressent principalement aux responsables des décisions qui touchent les services sociaux, notamment les services de logement et d'hébergement en refuge, ainsi que les services de santé. Plusieurs autres personnes ou organisations doivent aussi participer à la planification des solutions qui permettront de protéger et de servir le milieu de l'itinérance pendant la pandémie.

Comme nous le décrivons dans ce rapport, le concept de « l'itinérance » est défini de manière très variable et l'expression elle-même ne traduit pas toute la diversité des milieux de vie concernés et des personnes qui vivent l'itinérance. Les personnes en situation d'itinérance proviennent d'horizons très divers et sont dispersées dans de nombreux milieux de vie au Canada. Chaque personne dans cette situation a ses propres défis à relever et des possibilités qui lui sont propres. Les familles, les adolescents, les aînés, les femmes, les Autochtones et les nouveaux arrivants en situation d'itinérance sont confrontés à des défis particuliers et requièrent des solutions qui leur sont adaptées.

Le phénomène de l'itinérance recoupe des enjeux liés à la racialisation et à d'autres formes de marginalisation, au colonialisme ainsi qu'à plusieurs autres formes d'injustice sociale dont les effets ont été mis en évidence en 2020. Les auteurs reconnaissent les nombreux recoupements qu'il y a entre l'itinérance et ces problèmes connexes urgents, et que ce document ne peut être considéré en aucun cas comme une évaluation exhaustive de ces enjeux interreliés ou de leur gestion pendant la crise de la COVID-19.

Ce rapport porte principalement sur les personnes en milieu urbain qui sont en situation d'itinérance ou d'instabilité, telles que celles qui dorment à l'extérieur ou qui résident dans des refuges. Les recommandations faites dans ce rapport peuvent être adaptées à d'autres milieux

et communautés et appuient les recommandations d'autres rapports de la Société royale du Canada. Les enjeux qui se posent dans les communautés rurales et éloignées, y compris les réserves autochtones, dépassent la portée de ce rapport.

Cette note de breffage n'aborde pas non plus tous les enjeux auxquels font face les personnes en situation d'itinérance au Canada. Son intention est d'améliorer les soins et de promouvoir l'équité envers les personnes en situation d'itinérance en abordant certains de leurs problèmes les plus importants et les plus aigus.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Sommaire exécutif | 7 |
| L'itinérance : un enjeu social déterminant | 9 |
| La vulnérabilité des personnes en situation d'itinérance | 10 |
| La COVID-19 et le milieu de l'itinérance | 11 |
| Réponse du milieu, leçons apprises | 12 |
| Revue systématique | 13 |
| Méthodes | 13 |
| Critères d'inclusion | 13 |
| Principaux résultats | 14 |
| Résultats secondaires | 14 |
| Critères d'exclusion | 14 |
| Stratégie de recherche | 14 |
| Filtrage et extraction des données | 14 |
| Évaluation du risque de biais (qualité) | 14 |
| Résultats | 15 |
| Recommandations | 16 |
| Réponse immédiate à la COVID-19 dans le milieu de l'itinérance | 16 |
| Examen des modèles d'isolement et de leurs principales caractéristiques : résultats de l'exploration des modèles régionaux | 20 |
| Populations spéciales | 22 |
| Santé des Autochtones | 22 |
| Santé des jeunes et des adolescents | 22 |
| Les femmes et les minorités de genre | 23 |
| Personnes âgées et personnes présentant des besoins particuliers | 23 |
| Familles | 23 |
| Populations rurales | 23 |
| Populations racialisées, ethniques et de réfugiés | 23 |
| Diminuer la prévalence de l'itinérance comme stratégie pour atténuer l'impact de la COVID-19 | 24 |
| Interventions en matière de logement ayant fait l'objet d'études | 26 |
| Impacts sanitaires et psychosociaux des interventions de logement | 27 |
| Impacts économiques des interventions de logement | 27 |
| Nécessité des programmes nationaux de logement pour mettre fin à l'itinérance | 28 |
| La Stratégie nationale sur le logement (SNL) de 2017 n'éliminera pas l'itinérance et n'atteindra pas ses objectifs | 28 |
| Un plan national ciblé de 10 ans pour mettre fin à l'itinérance | 29 |
| Renforcer la base de données probantes pour favoriser la prise de décisions éclairées | 31 |
| Résumé | 31 |
| Annexe I : Pratiques exemplaires suggérées | 33 |
| Références | 41 |

Sommaire exécutif

La Société royale du Canada a établi un groupe de travail sur la COVID-19 et lui a confié le mandat de produire à l'intention des décideurs des notes de breffage basées sur des données probantes concernant l'impact de la pandémie sur les populations vulnérables. Ce groupe de travail a été formé parce que le fardeau de la COVID-19 n'était pas partagé de manière égale entre tous les groupes de population au Canada.

Les personnes en situation d'itinérance au Canada sont particulièrement touchées en raison de leur exposition accrue à la maladie, de la vulnérabilité confèrent leur environnement et leurs comorbidités médicales, ainsi que de leur manque d'accès à des soins préventifs et à des traitements dans le contexte de la pandémie. Dans un refuge, il est difficile d'appliquer les règles de distanciation physique et d'hygiène, de se faire tester et de s'isoler. Par conséquent, des stratégies adaptées seraient requises pour protéger cette population et ceux qui la servent.

Les recommandations fournies dans la présente note de breffage ont pour but d'atténuer ou de prévenir les conséquences néfastes supplémentaires de la COVID-19 auxquelles sont exposées les personnes en situation d'itinérance. Cette note de breffage peut également s'appliquer à d'autres infections respiratoires aiguës à propagation rapide.

Pour produire cette note de breffage, une revue systématique de la littérature et un tour d'horizon des particularités régionales ont été réalisés. Dans les cas où aucune donnée probante n'était disponible, le consensus des experts fondé sur les expériences des principaux prestataires de services et des personnes en situation d'itinérance au Canada a été pris en compte.

Ces recommandations reconnaissent la nécessité de mettre en œuvre des interventions à court terme pour atténuer le risque immédiat que court cette population. Ces interventions auraient notamment comme éléments une réponse coordonnée, des mesures de précaution et un équipement de protection individuelle appropriés, la réduction de la surpopulation, le regroupement par cohortes, le dépistage, les stratégies de gestion des cas et des contacts, la gestion des éclosions, les centres d'isolement et la vaccination. Des recommandations à plus long terme sont aussi fournies pour mettre fin à l'itinérance en s'attaquant aux causes fondamentales du problème et en offrant suffisamment de logements subventionnés et accompagnés de services de soutien dans le cadre de la stratégie Logement d'abord.

Les auteurs de ce rapport estiment que l'occasion est idéale pour apporter des changements tangibles à la façon dont nous servons les personnes en situation d'itinérance et dont nous atténuons leurs vulnérabilités particulières. Cette note de breffage appelle à une concertation intersectorielle et collaborative afin de trouver des solutions ciblées qui protégeront les personnes les plus vulnérables de notre société grâce à des mesures immédiates et à une planification à long terme visant à mettre fin à l'itinérance.

Sommaire des recommandations

La réponse immédiate à la COVID-19 dans le milieu de l'itinérance

Recommandation 1.1 : Mettre en place pour les personnes en situation d'itinérance une réponse régionale à la COVID-19 efficace, coordonnée de manière centralisée, dotée de ressources adéquates, mise en œuvre localement, adaptative, basée sur des données probantes et intégrée entre les divers partenaires.

Recommandation 1.2 : Faire en sorte que les prestataires de services, le personnel des refuges et les personnes qu'ils servent soient en sécurité, informés et pris en compte dans la planification des systèmes d'aide aux personnes itinérantes.

Recommandation 1.3 : Faire participer les refuges et les partenaires d'hébergement à la planification de stratégies de diminution de la surpopulation axées sur la mise en place de logements temporaires et la distribution appropriée de services et de modèles de prestation de services là où les besoins sont les plus grands.

Recommandation 1.4 : Élaborer et mettre en œuvre un plan de prévention et d'atténuation des éclosions basé sur des données probantes pour tous les établissements et les prestataires de services qui soutiennent les personnes en situation d'itinérance.

Recommandation 1.5 : Créer des unités d'isolement pour les personnes en situation d'itinérance qui sont incapables de s'isoler pendant qu'elles attendent les résultats d'un test ainsi que pour celles qui ont reçu un diagnostic positif de COVID-19.

Recommandation 1.6 : Établir et mettre en œuvre des stratégies de dépistage, de diagnostic et de gestion des cas et des contacts qui sont basées sur des données probantes, flexibles et cohérentes.

Recommandation 1.7 : Mettre en place des soins, des services et un soutien culturellement adaptés, sensibles aux traumatismes et convenant à la grande diversité des personnes qui vivent dans le milieu de l'itinérance.

Recommandation 1.8 : Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de vaccination cohérente et pratique pour le milieu de l'itinérance.

Diminuer la prévalence de l'itinérance comme stratégie pour atténuer l'impact de la COVID-19

Recommandation 2.1 : Reconnaître que l'itinérance est un facteur de risque indépendant qui contribue à la vulnérabilité à la COVID-19.

Recommandation 2.2 : Reconnaître que les initiatives qui visent à prévenir l'itinérance constituent des éléments prioritaires d'une prévention efficace des éclosions.

Recommandation 2.3 : Tous les ordres de gouvernement devraient adopter et mettre en œuvre une stratégie globale et réaliste visant à mettre fin à l'itinérance à l'échelle nationale.

Recommandation 2.4 : Planifier et mettre en œuvre un modèle d'organisation des refuges qui soutiendrait l'approche Logement d'abord, qui préconise un transfert rapide des personnes itinérantes vers des logements subventionnés ou une stabilisation des problèmes de santé mentale et de dépendance suivie d'un transfert vers un logement avec services de soutien.

Renforcer la base de données probantes pour favoriser la prise de décisions éclairées

Recommandation 3.1 : Mettre en œuvre une stratégie de recherche rattachée à des subventions ciblées des conseils de recherche du Canada priorisant les interventions destinées à réduire la vulnérabilité des personnes en situation d'itinérance.

En quête d'un refuge : l'itinérance et la COVID-19

« L'isolement est l'élément principal; ils se sentent seuls, oubliés et frustrés par tous les changements et par la perte des services auxquels ils étaient habitués. »

Pair travailleur au Centre d'isolement d'Ottawa

L'itinérance : un enjeu social déterminant

L'itinérance de masse au Canada est un phénomène relativement récent, qui a pris naissance dans les années 1980 et dont la croissance s'est accélérée au milieu des années 1990 à la suite d'un désinvestissement massif du gouvernement fédéral dans les logements abordables, de changements économiques structurels et de la réduction des dépenses du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux dans les mesures de soutien social (réf. : <https://www.homelesshub.ca/SOHC2016>).

On estime actuellement à 235 000 le nombre de Canadiens et de Canadiennes qui se retrouvent sans domicile chaque année et le nombre de personnes en situation d'itinérance chaque nuit au pays serait de 35 000 (réf. : <https://www.homelesshub.ca/SOHC2016>). Plus de 1,7 million de ménages canadiens ont des besoins impérieux en matière de logement (ce qui signifie qu'ils vivent dans la pauvreté et qu'ils consacrent plus de 30 % de leur revenu brut à leur logement) (réf. : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/chn-biml/index-fra.cfm>).

Un sondage mené récemment par Nanos Research a révélé que 36 % des Canadiens se sont déjà trouvés ou connaissent une personne qui s'est déjà trouvée en situation d'itinérance. D'après cette enquête, jusqu'à 1,6 million de Canadiens auraient vécu une situation d'itinérance à un moment ou l'autre de leur vie (réf. : <https://www.recoveryforall.ca/poll>).

Les refuges au Canada accueillent une population diversifiée d'hommes, de femmes, de familles, de nouveaux arrivants, d'adolescents, de personnes LGBTQ2S et d'aînés. Les personnes racialisées et autochtones sont cruellement surreprésentées dans les refuges au Canada (réf. : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/sans-abri/etude-refuges-2016.html>). L'itinérance n'est pas limitée exclusivement aux grandes agglomérations urbaines; elle existe aussi dans les collectivités rurales et éloignées, y compris les réserves autochtones.

Pour la vaste majorité des gens qui se retrouvent sans domicile au Canada, l'expérience est relativement courte; plus de 85 % de ceux-ci sortent de cette situation au bout de quelques jours (réf. : <https://www.homelesshub.ca/SOHC2013>). Pour certains, cependant, l'itinérance peut se prolonger ou être récurrente pendant des années. Selon le rapport L'état de l'itinérance au Canada : 2013

« Les sans-abri chroniques constituent une petite portion de la population totale, mais ont le plus de besoins. Le plus longtemps on reste sans-abri, plus les problèmes de santé pré existants et émergents risquent d'empirer (y compris la santé mentale et les accoutumances), il y a un plus grand risque de victimisation criminelle, d'exploitation et de traumatisme. Il y a aussi un plus grand risque d'implication dans le système légal. Tout ceci rend la vie bien plus difficile aux gens qui vivent l'itinérance chronique. »

Bien que les personnes chroniquement sans abri représentent une minorité parmi les personnes qui vivent des situations d'itinérance au cours d'une année donnée, plus de la moitié des ressources du

milieu de l'itinérance (y compris la capacité d'accueil des refuges) sont consacrées aux personnes en situation chronique d'itinérance (réf. : <https://www.homelesshub.ca/SOHC2013>).

De plus, les personnes en situation chronique d'itinérance souffrent souvent de multiples problèmes médicaux, de traumatismes et de troubles santé mentale (réf. : <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/33266>) et résider dans un refuge rend difficile, voire dans certains cas impossible, l'obtention de soins de qualité, intégrés et continus. Par ailleurs, la crise des opioïdes a eu un impact disproportionnés sur les personnes en situation d'itinérance, dont l'augmentation sans précédent des taux quotidiens de surdose et de décès est attribuable à l'utilisation du fentanyl et des médicaments analogues (réf. : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/homeless.pdf>).

Les personnes qui sollicitent le soutien des refuges sont de plus en plus diverses, mais elles partagent en très grande majorité un manque de ressources et une vulnérabilité qui les empêchent en partie ou totalement de faire la transition sans aide vers un milieu plus approprié. Les refuges ont adapté et souvent incluent une programmation multisectorielle, à laquelle contribuent les secteurs municipal, de la santé publique, des soins de courte durée, de la police, ainsi que le secteur des services sociaux, qui englobe les services de logement, d'éducation et d'aide à l'emploi. À terme, la meilleure façon d'améliorer de manière durable la santé de ces personnes serait de leur fournir un logement approprié, abordable et sûr, ainsi que des services de soutien.

La vulnérabilité des personnes en situation d'itinérance

Les personnes en situation d'itinérance ont été frappées par des crises multiples et simultanées de santé publique, notamment les effets sur la santé de l'absence d'un logement et de la pauvreté, la crise des surdoses d'opioïdes et maintenant la pandémie de la COVID-19.

L'expérience acquise lors des épidémies précédentes, dont celles du SRAS et du virus H1N1, et lors des éclosions récurrentes de la grippe, des infections à méningocoques, de la tuberculose et de l'hépatite A laisse penser que la COVID-19 représente une menace sérieuse pour les personnes en situation d'itinérance au Canada. Environ 30 % des personnes en situation d'itinérance présentent à la base une toux et 40 % présentent un essoufflement à l'effort, ce qui pose particulièrement problème pour le dépistage et l'évaluation de la COVID-19. Les soins, la planification et les stratégies de gestion inadéquats et inappropriés soulèvent d'importantes préoccupations de l'ordre de la santé individuelle, de la santé publique et de la bioéthique pour les personnes en situation d'itinérance, le personnel qui s'en occupe et l'ensemble du milieu (réf. : http://cnh3.ca/wp-content/uploads/COVID19_briefing_note.pdf).

La réponse apportée par notre société pour diminuer la vulnérabilité des personnes itinérantes a également contribué à la difficulté que nous avons à gérer la crise de santé actuelle. Les refuges sont principalement considérés comme des lieux d'hébergement, et les besoins en soins de santé des résidents reçoivent souvent peu d'attention. De multiples partenaires interviennent, et ce, sans que les responsabilités de chacun, les modalités de communication et la structure de gouvernance aient été clairement établies. Le personnel des refuges n'a pas la formation et l'équipement nécessaires pour protéger sa santé et celle des résidents. Enfin, l'aménagement physique des lieux d'hébergement collectifs et le manque d'accès à des conditions appropriées d'hygiène dans les refuges ne favorisent certainement pas un bon état de santé et une prestation de soins de santé optimale.

Ce problème social complexe a un impact sur les personnes directement concernées, sur les établissements de soins de courte durée, sur le système judiciaire et sur le développement de l'économie et de la collectivité. La solution à ce problème passe par des interventions concertées, intersectorielles et culturellement adaptées, qui mettront à contribution les services de logement, de soins de santé, sociaux, d'aide juridique et d'intervention précoce pour prévenir l'itinérance en identifiant en amont les personnes et les groupes de population les plus susceptibles d'être touchés par l'itinérance et en intervenant auprès d'eux.

La COVID-19 et le milieu de l'itinérance

Les informations sur le nouveau virus SRAS-CoV-2 qui se propageait rapidement en Chine ont commencé à nous parvenir à la fin de l'automne 2019. L'épidémie de COVID-19 a été déclarée pandémie par l'OMS au mois de mars 2020 lorsqu'il commençait à être évident que l'épidémie allait avoir des conséquences catastrophiques à l'échelle de la planète. Sans vaccin et traitement antiviral efficaces, il était manifeste qu'il allait falloir une intervention globale de santé publique comprenant des mesures d'hygiène des mains, de distanciation physique, de dépistage agressif, de suivi des contacts et d'isolement approprié des cas positifs.

Dès le début, il était évident que l'impact de la COVID-19 n'allait pas être ressenti également par tous les segments de la société et que les personnes itinérantes allaient connaître une exposition, une vulnérabilité et des problèmes d'accès aux traitements tout à fait particuliers.

Les personnes en situation d'itinérance présentent une plus forte prévalence de maladies physiques, de troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance et de consommation de substances, lesquels contribuent à leur tour à la vulnérabilité accrue de ces personnes aux maladies infectieuses. Dans la réalité quotidienne des personnes en situation d'itinérance, les recommandations de la santé publique en matière de distanciation physique, d'hygiène des mains, de port du masque et de dépistage ne peuvent pas être appliquées. Il est souvent impossible de respecter les recommandations de la santé publique dans l'environnement d'un refuge, où une personne doit parfois passer la nuit dans un dortoir de 70 lits et attendre son repas en compagnie de centaines de personnes, et où elle et les autres résidents n'ont accès qu'à une seule salle de bain et à aucune autre installation pour se laver les mains.

Les problèmes de santé mentale et de dépendance constituent souvent des enjeux prioritaires et les personnes touchées vivent dans un monde en crise perpétuelle, où la planification et la prévention ne sont ni envisagées ni possibles. Aussi, les premiers symptômes d'une infection au virus de la COVID-19 sont souvent le lot normal d'une personne itinérante, qui doit en plus souvent composer chaque jour avec une affection chronique, de la douleur, une dépendance, un trouble de santé mentale et de la violence.

L'approche intensive habituellement utilisée pour les tests et le suivi des contacts pose également problème dans un monde où les contacts entre les différentes personnes en situation d'itinérance sont fréquents et où les tests et les garanties de confidentialité suscitent généralement de la méfiance. Par ailleurs, aucun endroit n'existait avant la pandémie pour isoler les personnes itinérantes dans l'attente du résultat d'un test, ou pour une plus longue période lorsqu'elles ont reçu un résultat positif.

D'autres défis organisationnels peuvent également diminuer l'efficacité de la réponse à la COVID-19. Les refuges pour les personnes itinérantes sont principalement axés sur le soutien

général et l'hébergement, et pas nécessairement sur les soins de santé. Le personnel des refuges n'est pas en majorité formé ni préparé à la gestion des problèmes de santé qu'ils rencontrent. Il n'est souvent pas clairement établi qui est responsable de la préparation aux urgences et de la réponse au virus dans le contexte d'un refuge. Les refuges ne sont pas couverts par les normes de prévention et de contrôle des infections (PCI), et les mesures de dépistage et l'équipement de protection individuelle (ÉPI) en place ne sont pas suffisants. Les tests ne sont pas disponibles et les communications entre les autorités de la santé publique, le secteur des soins de santé, les refuges et les agences ne sont pas toujours très bonnes et sont même à certains moments contradictoires. De fait, il existe un manque de clarté quant au rôle que jouent les refuges sur le plan de la santé publique : d'une part, leur rôle est essentiel, parce que le non-respect des normes minimales de santé peut être mortel pour leurs résidents et pour des membres de la collectivité, mais d'autre part, ils ne sont pas considérés comme des établissements de santé et ne peuvent donc être tenus de respecter les normes de santé comme les PCI. Ce problème structurel se situe au cœur de l'iniquité et de la démobilitation qui ont été observées pendant la pandémie.

La pandémie a eu un impact sur l'approvisionnement en drogues illicites, lesquelles sont devenues de plus en plus toxiques, et en raison de la diminution des services médicaux et de santé mentale, il y a eu une augmentation de la violence physique, des décès par surdose et des suicides, comme le signale le Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada en 2020, Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 (<https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-COVID-19.html#a2.2>).

De ce fait, dans plusieurs villes au Canada, de nombreux résidents de refuges ont quitté leurs établissements pour s'installer dans des campements. Certaines populations parmi ce groupe, dont les femmes seules, les familles et les nouveaux arrivants au Canada, se sont trouvées dans une situation de vulnérabilité croissante.

Il n'est donc pas étonnant que les éclosions aient pris de l'ampleur dans certains milieux de refuge.

Réponse du milieu, leçons apprises

Confronté aux effets potentiels de la pandémie, le milieu diversifié qui soutient les sans-abris a répondu à l'appel. Voici quelques exemples parmi tant d'autres d'interventions qui ont porté des fruits :

- Aux endroits où des services de santé et des programmes efficaces de collaboration étaient intégrés aux refuges, la réponse des services de santé et sociaux a été plus immédiate et efficace. Cette réponse a été mise en œuvre avec le concours des autorités de la santé publique, des refuges, des services de santé et des municipalités.
- Lorsqu'une planification a été faite dans le cadre d'une collaboration entre les différentes organisations, certaines ressources, comme l'équipement de protection individuelle ou le matériel de dépistage, ont pu être partagées et la communication a été meilleure. Lorsqu'il est devenu évident qu'il y aurait une pénurie d'ÉPI, certains membres de la collectivité ont répondu en fabriquant des masques et des blouses pour le personnel et les résidents ou en faisant don de désinfectant pour les mains ou de masques chirurgicaux.

- Dans certains milieux, des pairs avec une expérience de situations semblables se sont immédiatement proposés pour soutenir la planification et la mise en œuvre d'interventions efficaces pour approcher les personnes dans les campements, les centres d'isolement et les refuges. Ces pairs ont accepté sans hésiter de nouvelles fonctions et responsabilités.
- Les services de dépistage mobiles ou de proximité assurés par des prestataires de confiance se sont révélés essentiels pour rejoindre les personnes sans abri qui n'auraient pas eu autrement accès à des possibilités de dépistage.
- Des hôtels ou des centres communautaires inutilisés ont offert leurs locaux pour désengorger les refuges ou pour créer des unités d'isolement.
- Des décideurs de tous les ordres de gouvernement ont fait une priorité de l'amélioration de l'accès aux stratégies d'atténuation des répercussions .
- Les efforts déployés par les travailleurs de première ligne comme les préposés aux services de soutien à la personne (PSP), ou préposés aux bénéficiaires, ont été reconnus à l'aide d'une allocation de la COVID-19.
- Les efforts particuliers qui ont été faits pour communiquer avec le personnel de tous échelons et pour solliciter sa participation ont joué un rôle capital dans la réduction du stress et l'amélioration de la coopération.

Revue systématique

Pour étayer cette note de breffage, une revue systématique de la littérature a été réalisée dans le but de dégager les stratégies qui se sont révélées efficaces pour limiter l'impact des épidémies respiratoires infectieuses sur les personnes en situation d'itinérance. Plus précisément, la revue avait pour but de répondre aux questions de recherche suivantes :

1. Quels sont les éléments importants des interventions qui permettent de réduire la propagation et les effets des éclosions de maladies transmissibles au sein de la population des personnes en situation d'itinérance?
2. Quels indicateurs de mesure des résultats ont été utilisés pour évaluer les interventions destinées à réduire la propagation et les effets des éclosions de maladies transmissibles au sein de la population des personnes en situation d'itinérance?

Méthodes

Nous avons réalisé cette revue en nous appuyant sur les méthodes *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement* et *Meta-analyses evaluating for prognosis or diagnosis*.

Critères d'inclusion

1. Population visée : une personne en situation d'itinérance est définie comme une personne sans adresse fixe, qui compte sur un hébergement temporaire, comme un établissement ou un refuge.
2. Intervention/exposition : toute intervention conçue pour atténuer les effets d'une maladie transmissible dans le milieu de l'itinérance lors de l'éclosion d'une maladie.

3. Comparaison : comparaison d'une intervention avec les soins habituels (quelle qu'en soit la définition) ou avec une intervention de rechange. Les essais seront considérés comme admissibles si l'intervention est réalisée au lieu ou en plus des soins habituels.
4. Résultats : les résultats sont énumérés ci-dessous.

Principaux résultats

L'efficacité des stratégies d'atténuation. Les indicateurs de mesure de l'efficacité incluent :

1. La diminution dans le temps de la prévalence ou de l'incidence de la maladie
2. La diminution du taux de mortalité
3. Le taux d'adoption ou d'application des stratégies

Résultats secondaires

1. Rapport coût/efficacité des programmes/interventions
2. Qualité de vie des participants à l'étude

Critères d'exclusion

1. Les personnes ayant connu l'itinérance, mais qui ne sont plus dans cette situation. Toute itinérance causée par la guerre, un conflit ou une catastrophe naturelle.

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche a été conçue en partenariat avec un spécialiste de l'information. Nous avons systématiquement scruté des bases de données électroniques, dont Medline, Cochrane, Embase, PubMed et CINAHL. Nous avons inclus plusieurs termes connexes, comme (« itinérant » OU « sans domicile » OU « logement précaire » OU « sans logement » OR « sans adresse fixe ») ET (« maladies transmissibles » OU « COVID-19 » OU « coronavirus » OU « virus » OU « influenza » OU « « détresse respiratoire aiguë », OU « infection respiratoire aiguë » OU « syndrome respiratoire aiguë » OU « tuberculose » OU « pandémie » OU « épidémie » OU « SRAS »). Nous avons aussi examiné les références des études incluses pour que la revue soit la plus exhaustive possible.

Filtrage et extraction des données

Deux membres de l'équipe ont procédé chacun de leur côté au filtrage des résumés et des documents entiers, et les divergences dans leurs résultats ont été résolues en discussion avec un troisième membre de l'équipe. Un formulaire normalisé d'extraction des données a été élaboré et mis à l'essai et les informations extraites portaient entre autres sur : le milieu à l'étude, les caractéristiques de la population à l'étude et des participants, les renseignements détaillés sur l'intervention, la méthodologie, le recrutement et les résultats.

Évaluation du risque de biais (qualité)

La qualité des études examinées a été évaluée par deux examinateurs, indépendamment l'un de l'autre, à l'aide des critères de l'échelle Newcastle-Ottawa.

Résultats

La revue a relevé 22 articles faisant état de 7 études de cas et de 15 études observationnelles. Parmi celles-ci, 11 études étaient reliées aux effets de la COVID-19 sur les personnes itinérantes, 3 portaient sur de multiples maladies respiratoires (dont le H1N1) et 7 examinaient l'impact de la tuberculose. Les principaux thèmes sur lesquels portaient les interventions étaient les tests (n=12), le dépistage (n=9), les changements environnementaux et d'hygiène (n=5), les changements de lieu (n=5), l'isolement (n=4) et l'éducation (n=2).

Un thème fondamental qui s'est dégagé lors de cette revue est l'utilité du suivi des cas positifs effectué par le système des refuges. Plus précisément, le suivi des cas positifs a été réalisé au moyen d'opérations de traçage des contacts ainsi que par l'utilisation de modèles d'analyse spatiale qui prenaient en compte la distance entre les personnes dans les refuges ainsi que la durée de chaque exposition. Certains éléments du traçage des contacts étaient propres aux refuges pour itinérants, par exemple l'importance accordée aux endroits où étaient situés les lits des résidents dans les salles communes. De plus, le taux de roulement des résidents dans les refuges est élevé. Par conséquent, consigner les contacts de tous les résidents et du personnel pendant la pandémie, qu'il y ait ou non une éclosion active dans le refuge lui-même, a été très utile pour assurer le suivi des contacts et la gestion des éclosions dans les refuges. Les études ont démontré l'importance d'isoler rapidement les résidents lors de la détection de cas symptomatiques ou confirmés afin de prévenir toute transmission ultérieure à d'autres résidents ou membres du personnel. Toutefois, comme les refuges sont habituellement des lieux densément peuplés, les études examinées soulignent avec justesse les défis que pose la distanciation physique dans ces établissements et l'importance de restructurer leur capacité d'accueil dans le contexte des éclosions possibles afin de réduire le plus possible les risques de propagation. Certains modèles primaires se sont dégagés lors de l'évaluation des stratégies destinées à restructurer les lieux d'hébergement ou à offrir d'autres espaces à l'extérieur du milieu des refuges. Plus précisément, les études soulignaient les avantages qu'offre le soutien qui permet de diriger les personnes symptomatiques vers des refuges temporaires ou des hôtels désignés pour l'isolement des cas probables ou confirmés de COVID-19. Bien que de telles stratégies réussissent souvent à limiter les éclosions, à réduire la transmission et à créer des espaces de refuge supplémentaires, elles sont coûteuses et exigent d'importantes ressources humaines.

Un autre thème qui s'est dégagé est le recours aux stratégies de dépistage des infections – soit sur une base quotidienne ou lors de l'entrée des résidents dans les refuges. Une étude a examiné un cas de triage fondé sur le risque, où les résidents étaient classés selon leurs différents niveaux de risque. À chacun de ces niveaux correspondaient des mesures particulières, comme des chambres normales, des chambres permettant la distanciation physique ou des chambres individuelles pour les cas classés urgents. Selon les résultats d'une autre étude, le dépistage obligatoire pourrait être plus efficace lorsque basé sur des niveaux de risque empiriques plutôt que sur la population. Les tests à grande échelle ont également été évalués dans le cadre d'une étude portant sur les personnes en situation d'itinérance. En particulier, les auteurs ont examiné un refuge où toutes les personnes entrant dans l'établissement étaient testées nonobstant l'état des symptômes des résidents. Grâce à ces tests effectués à grande échelle, les auteurs ont décelé une proportion élevée de cas (86 %), ce qui a facilité le transfert rapide de résidents vers des sites d'isolement. Les auteurs ont donc conclu qu'il serait utile de tester à grande échelle les résidents

et le personnel, sans égard aux symptômes, afin de déceler les cas possibles et de limiter les risques d'éclosion.

Il convient de souligner que la revue systématique n'a relevé aucune intervention expérimentale ni aucune évaluation à grande échelle non randomisée. Cette lacune limite de façon importante la prise de décisions quant aux moyens qui devraient être pris pour servir les personnes en situation d'itinérance. L'investissement limité dans la recherche et les programmes pour les personnes en situation d'itinérance au Canada et dans le reste du monde demeure un problème majeur pour l'élaboration de plans exhaustifs de préparation aux pandémies de maladies respiratoires, considérant les risques bien connus qui sont associés aux lieux de refuge. Pour progresser, il faudra mener des recherches interventionnelles sur les stratégies qui peuvent être utilisées pour atténuer les risques d'éclosions de maladies infectieuses dans les lieux de refuge.

Recommandations

Deux ensembles de recommandations sont nécessaires pour atténuer les effets de la COVID-19 dans les refuges et les campements. Le premier concerne la réponse immédiate qui doit être apportée pour réduire le plus possible l'impact sur les personnes en situation d'itinérance, et le second vise à diminuer à terme la vulnérabilité des membres de notre population la plus à risque en mettant en œuvre des stratégies audacieuses de logement et en repensant le fonctionnement des refuges.

Nous avons recherché des données probantes pour étayer nos recommandations. Dans plusieurs cas, cependant, aucune n'existait et nous nous sommes alors appuyés sur une exploration des particularités régionales ainsi que sur ce qui semble faire consensus dans le secteur de l'itinérance et parmi les personnes en situation d'itinérance elles-mêmes. L'exploration des particularités régionales s'est effectuée par l'entremise de groupes de discussion réunissant des intervenants liés à sept organismes basés à Vancouver, à Seattle, à Edmonton, à Calgary, à Toronto, à Ottawa et à Montréal. Les participants à ces groupes de discussion étaient des prestataires de services de première ligne, des personnes ayant une expérience de l'itinérance, des travailleurs de refuges et des responsables du fonctionnement des centres d'isolement. Les échanges tenus lors de ces séances ont été consignés et une analyse thématique a été faite par deux examinateurs indépendants pour en déterminer les éléments et les thèmes communs.

Les recommandations suivantes s'adressent aux prestataires de soins et de services de santé, y compris la santé publique, les établissements de soins de courte durée, les services de traitement des dépendances, les organismes de logement et de refuge, les responsables politiques provinciaux et régionaux, notamment des municipalités, et enfin les groupes communautaires et associations d'amélioration des affaires, ou BIA (Business Improvement Associations).

Réponse immédiate à la COVID-19 dans le milieu de l'itinérance

Recommandation 1.1 : Mettre en place pour les personnes en situation d'itinérance une réponse régionale à la COVID-19 efficace, coordonnée de manière centralisée, dotée de ressources adéquates, mise en œuvre localement, adaptative, basée sur des données probantes et intégrée entre les divers partenaires.

La préparation est un élément clé de la prévention de la propagation de la COVID-19.

Il est essentiel qu'un groupe de coordination, qui connaît bien les divers groupes de services de santé et sociaux qui œuvrent dans le milieu de l'itinérance, travaille en collaboration avec d'autres initiatives régionales en cours et veille en même temps à ce que la planification, les communications et la surveillance des progrès liés à la réponse à la pandémie se fassent de manière intégrée et efficace. Il est important de préciser les rôles et les responsabilités qui incomberaient au secteur du logement et des refuges, à la santé publique, aux établissements de soins de courte durée, aux organismes de services sociaux ainsi qu'aux divers ordres de gouvernement au sein d'un modèle organisationnel en étoile plus vaste. De même, le point de vue des personnes en situation d'itinérance devra être pris en compte dans l'élaboration de la réponse à la crise.

Le groupe central de coordination pourrait être composé de décideurs et de mobilisateurs de ressources influents, comme des prestataires de services sociaux et des responsables de refuges locaux, des prestataires de soins de première ligne et de services de proximité ainsi que des représentants municipaux, ministériels et des autorités de la santé. Il pourrait comprendre des responsables politiques, des bailleurs de fonds et des spécialistes opérationnels, mais devra inclure des personnes en situation d'itinérance.

Ce groupe central devrait être chargé de la planification et de la coordination de services culturellement adaptés. Il devrait notamment avoir comme responsabilité :

- de communiquer avec tous les partenaires, les travailleurs et les résidents, et de les éduquer;
- de plaider pour que les prestataires de soins, les travailleurs et les résidents aient accès à l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié ainsi que de vérifier que c'est bien le cas et qu'ils ont la formation nécessaire pour l'utiliser;
- de veiller à la mise en œuvre et à la supervision adéquates des normes de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les refuges;
- de mettre en œuvre des stratégies appropriées de distanciation physique, dont la réduction de la surpopulation et le regroupement par cohortes (comme nous le verrons plus loin et à l'annexe I);
- de réduire la circulation des résidents à l'entrée et à la sortie des refuges, et d'assurer le dépistage des symptômes du personnel et des résidents;
- d'organiser l'administration de tests pour les résidents et le personnel, ainsi que le traçage des contacts;
- de maintenir un registre confidentiel des informations sur les résidents afin de coordonner et de soutenir les soins;
- de gérer les services fournis aux campements;
- de veiller à la mise en place rapide de centres d'isolement et de logements supplémentaires.

Chaque partenaire connaît bien son milieu et a son propre rôle à jouer pour assurer la sécurité de son personnel et de ses résidents. Les milieux où les prestataires de soins de santé sont intégrés aux refuges et sont considérés comme des partenaires de confiance sont bien placés pour éduquer le personnel et les résidents et pour coordonner les services de santé et les soins.

Le groupe de coordination central devrait aussi travailler directement avec les secteurs qui sont responsables plus largement de la réponse régionale à la COVID-19, comme les hôpitaux, les municipalités, la santé publique régionale, les ambulanciers paramédicaux et la police. Il est nécessaire de recueillir et de faire état des données sur la propagation de la COVID-19 dans les

refuges afin de favoriser une réponse flexible et une intervention rapide. Le milieu de l'itinérance et les secteurs qui l'entourent sont tous interreliés.

Recommandation 1.2 : Faire en sorte que les prestataires de services, le personnel des refuges et les personnes qu'ils servent soient en sécurité, informés et pris en compte dans la planification des systèmes d'aide aux personnes itinérantes.

Il est important de reconnaître l'importance du personnel dans la gestion des refuges en cette période de COVID-19. Non seulement le personnel doit-il être protégé à l'aide d'un ÉPI approprié et être bien informé, mais il ne faut pas oublier non plus qu'il peut lui aussi constituer un vecteur de transmission de la COVID-19 dans le refuge. Des pénuries de personnel peuvent survenir, puisque les travailleurs peuvent eux-mêmes tomber malades ou devoir rester auprès de membres de leurs familles pour en prendre soin. Le personnel peut travailler dans plusieurs lieux de refuge ou peut-être dans d'autres secteurs, comme celui des soins de longue durée, ce qui accroît le risque de contagion pour lui-même et pour les autres. Les travailleurs des refuges sont essentiellement des intervenants de première ligne. Leur bien-être doit être un des objectifs prioritaires de notre réponse.

Les refuges ont un rôle privilégié à jouer dans la mise en œuvre d'interventions de PIC appropriées, mais elles ne peuvent le remplir entièrement sans le soutien de tous les partenaires et de leurs résidents. Le personnel doit disposer de réserves stables et conformes à leur degré d'exposition d'ÉPI, de même que de masques pour les résidents. Les refuges doivent appliquer des procédures rigoureuses de nettoyage et offrir des possibilités d'hygiène des mains. De plus, les résidents doivent être dissuadés de fréquenter plusieurs refuges. Les résidents des refuges devraient faire l'objet d'un dépistage lors de leur arrivée pour déceler les symptômes associés à la COVID-19. Les résidents devraient être regroupés par cohortes afin qu'ils se déplacent en petit nombre et ils devraient recevoir leurs repas selon un horaire échelonné pour éviter les longues files d'attente lorsque la distanciation physique n'est pas possible. Chaque refuge devrait nommer une personne responsable des mesures de PIC.

Voir l'annexe I pour des suggestions de pratiques exemplaires.

Recommandation 1.3 : Faire participer les refuges et les partenaires d'hébergement à la planification de stratégies de diminution de la surpopulation axées sur la mise en place de logements temporaires et la distribution appropriée de services et de modèles de prestation de services là où les besoins sont les plus grands.

La surpopulation représente un risque majeur relativement au contrôle de la propagation de la COVID-19. Des efforts doivent être immédiatement faits pour réduire la surpopulation dans les refuges et les campements. Les refuges devraient reloger plusieurs de leurs résidents dans des établissements moins bondés comme des centres communautaires ou des hôtels vacants, où les possibilités de distanciation physique, de port du masque et d'hygiène sont meilleures. Cela pourrait se faire en travaillant avec le secteur du logement et la municipalité locale. Des techniques de triage rapide peuvent être utilisées pour soutenir les résidents qui acceptent d'être relogés dans des logements temporaires ou des logements avec services de soutien. Dans la mesure du possible, fournir des espaces de vie non collectifs afin de favoriser la distanciation physique. Les espaces de vie collectifs peuvent cependant être appropriés pour les personnes qui sont sensibles à l'isolement et qui pourraient se sentir internés.

Campements : Plusieurs personnes en situation d'itinérance ont décidé de quitter les refuges bondés pendant la COVID-19 pour ériger des campements. Ces campements manquent de services, rendent difficile la réalisation des tests et ne favorisent souvent pas la distanciation physique. Alors que les températures extérieures commencent à baisser, certains ont suggéré de forcer ces personnes à retourner dans un refuge, mais cela ne ferait que rendre ces centres encore plus surpeuplés. Il faudrait mettre en place des stratégies de rechange qui permettraient aux personnes de recevoir des services et de demeurer dans un endroit sûr, sans toutefois contribuer à la surpopulation.

Si les personnes logées dans un campement refusent d'être hébergées dans un refuge ou un logement, il faudrait songer à leur offrir des solutions de rechange, comme des lieux pour se réchauffer, un service de dépistage et des services sociaux.

De nombreux services peuvent être reportés ou fournis d'une autre façon pendant la pandémie. En même temps, certains services qui ne peuvent être fournis autrement qu'en personne devraient être accrus. Le juste équilibre est difficile à trouver entre la sécurité et les services essentiels. Par exemple, le nombre de points de prestation des services de consommation et de traitement (SCT) doit être diminué pour favoriser la distanciation physique alors même que ces services sont devenus encore plus nécessaires, puisque les utilisateurs sont plus susceptibles de consommer solitairement des substances dans un contexte où les drogues offertes sont de plus en plus toxique (<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/apply/how-to-apply.html>). Les services de réduction des méfaits (approvisionnement en accessoires de consommation stériles, tels que les aiguilles, les seringues et les filtres) et les programmes comme les traitements par agonistes opioïdes (TAO) à administration orale et intraveineuse ou les programmes assurant un approvisionnement plus sûr devraient être améliorés afin de diminuer le nombre élevé de décès par surdose.

Les stratégies de vaccination devraient être améliorées, puisque les maladies infectieuses saisonnières comme la grippe peuvent masquer les symptômes de la COVID-19. Des programmes de vaccination annuelle de masse de toutes les personnes en situation d'itinérance devraient être mis en œuvre afin que ces personnes soient immunisées contre la grippe. D'autres vaccins comme ceux contre le pneumocoque, l'hépatite A et le méningocoque devraient être administrés s'il y a lieu.

Il faudrait accroître et non interrompre les services de santé mentale et physique culturellement adaptés et sensibles aux traumatismes, bien que cela présente certains défis dans un contexte de soins fournis à distance et électroniquement. Comme nous avons vu, trouver le juste équilibre entre des modèles de prestation de service efficaces et la protection du personnel est difficile, mais essentiel.

Recommandation 1.4 : Élaborer et mettre en œuvre un plan de prévention et d'atténuation des éclosions basé sur des données probantes pour tous les établissements et prestataires de services qui soutiennent les personnes en situation d'itinérance.

Lorsque des personnes vulnérables sont réunies dans des établissements bondés comme des refuges pour itinérants, il est inévitable que des éclosions surviennent. Les autorités de santé publique doivent préciser les définitions et les approches acceptées pour la gestion des éclosions. Tous les partenaires doivent participer à cette discussion pour assurer une réponse coordonnée qui protégera la santé des résidents et du personnel, tout en réduisant le plus possible l'impact

sur l'établissement. Il est essentiel de préciser et de communiquer à tous les intervenants leurs rôles et responsabilités respectifs. Le plan doit aussi couvrir les stratégies particulières de PIC qui peuvent être mises en œuvre pour réduire la probabilité d'une transition d'une possible éclosion à une transmission locale confirmée.

Voir l'annexe I pour des suggestions de pratiques exemplaires particulières.

Recommandation 1.5 : Créer des unités d'isolement pour les personnes en situation d'itinérance qui sont incapables de s'isoler pendant qu'elles attendent les résultats d'un test ainsi que pour celles qui ont reçu un diagnostic positif de COVID-19.

L'administration de tests et l'isolement lors d'une exposition ou de la présence de symptômes constituent des éléments fondamentaux de la gestion de la COVID-19. Pour les personnes qui vivent dans un refuge ou un campement, l'isolement est fréquemment impossible. Par conséquent, des centres d'isolement doivent être aménagés pour permettre aux personnes qui attendent le résultat de leur test ou qui sont infectées de s'isoler. Ces centres doivent fournir des services exhaustifs de santé mentale, une aide aux utilisateurs de drogues (y compris des stratégies de réduction des méfaits) et des soins de première ligne.

Dans la mesure du possible, il faudrait fournir des services additionnels favorisant une transition efficace entre l'isolement et un logement avec services de soutien, des services d'accès aux soins de première ligne et d'autres services.

Examen des modèles d'isolement et de leurs principales caractéristiques : résultats de l'exploration des modèles régionaux

Alberta Health Services a examiné les interventions menées dans les États et les provinces de l'Amérique du Nord pour explorer les leçons apprises par les différentes agences qui fournissent des services d'isolement aux personnes en situation d'itinérance. Voici en résumé les résultats de cet examen.

- Le premier objectif des lieux d'isolement est de créer une ambiance confortable, semblable à un chez soi, qui favorise, lorsque possible, la transition des résidents vers un logement permanent. Ces centres devraient être aussi confortables et décents que possible. Ils doivent procurer un sentiment de sûreté et de sécurité, en particulier aux femmes et aux personnes qui ont été victimes de violence conjugale. Les lieux d'isolement peuvent rappeler à certains un établissement d'internement et des efforts doivent être faits pour que ces lieux n'éveillent par les traumatismes vécus par les résidents et qu'ils conviennent à leurs particularités culturelles. Afin d'atténuer l'impression d'internement que peuvent éprouver les résidents, des efforts ont été faits pour limiter la présence sur place de gardes de sécurité et de policiers. Les résidents étaient plutôt soutenus par des pairs et des travailleurs sensibilisés aux traumatismes qui connaissent les résidents et qui sont capables de les rediriger adéquatement.
- La proximité du lieu d'isolement à un refuge ou à un campement a aidé à diminuer l'anxiété des résidents lorsqu'ils étaient conduits à leur lieu d'isolement. Parmi les autres éléments importants à considérer pour le soutien des résidents figurent les espaces spécialisés et sûrs où les résidents peuvent laisser leurs possessions, par exemple des locaux de remisage des vélos, des paniers d'épicerie et autres articles personnels.

- Les personnes en situation d'itinérance sont en grande proportion d'origine autochtone. Des mesures spécialisées de soutien culturel des résidents autochtones ont été utilisées par la majorité des centres, y compris des mesures de mise en contact des résidents autochtones avec des aînés autochtones, le service d'aliments qui répondent à leurs besoins particuliers, et l'organisation de cérémonies spécialisées comme la purification par la fumée.
- Des milieux d'isolement collectifs et à chambres individuelles ont été utilisés aux différents endroits examinés et chacun de ces modèles présentait des avantages et des inconvénients. Les modèles collectifs réduisaient le sentiment d'isolement social, mais augmentaient le risque et le niveau de transmission de la COVID-19 au sein de la clientèle. Les chambres individuelles permettaient une certaine intimité et favorisaient l'accession à une vie indépendante, mais augmentaient le risque d'isolement et de surdose de substances, puisque les résidents étaient seuls.
- Les modèles de financement variaient. Dans plusieurs régions, un financement coopératif provenant de sources publiques et privées était utilisé.
- Parmi les stratégies qui visaient à améliorer les taux de rétention de la clientèle pour la durée de la période prévue d'isolement figurait le recours à des travailleurs pairs qui pouvaient comprendre les résidents à un niveau personnel. De plus, le soutien adapté aux besoins particuliers de chaque résident était essentiel pour améliorer l'expérience de la clientèle et la gestion des patients, notamment sur le plan des exigences diététiques et du divertissement. Les facteurs de réussite importants comprenaient entre autres, l'accès aux substances, notamment l'approvisionnement sur place de tabac, de cannabis et d'alcool, qui s'est révélé déterminant pour favoriser l'isolement de la clientèle. Une des raisons les plus couramment évoquées par les résidents pour quitter leur lieu d'isolement était l'accès à des cigarettes, au cannabis, à l'alcool et à d'autres substances. La présence combinée sur place de programmes de soutien de la santé mentale et de gestion de l'utilisation des substances était considérée comme essentielle pour la rétention et la sécurité (ressources de réduction des méfaits, programmes de remplacement des opioïdes par voie intraveineuse ou orale, programmes de prévention des surdoses, etc.).

Voir l'annexe I pour des suggestions de pratiques exemplaires.

Recommandation 1.6 : Établir et mettre en œuvre des stratégies de dépistage, de diagnostic et de gestion des cas et des contacts qui sont basées sur des données probantes, flexibles et cohérentes.

Afin de limiter la propagation de la COVID-19, des mesures intensives de dépistage et ensuite d'administration appropriée de tests, combinées à des stratégies de suivi des contacts doivent être appliquées. Certains défis inhérents doivent être surmontés relativement à l'administration des tests et au suivi des contacts dans un milieu d'itinérance : la méfiance des résidents, leur mobilité, la confidentialité des renseignements et l'évaluation des symptômes dans un contexte de problèmes graves de santé mentale et de consommation de substances. Tous les partenaires, y compris les refuges, les prestataires de soins de santé et les autorités de la santé publique, doivent participer à l'élaboration de stratégies efficaces et acceptables d'administration des tests. Il est important d'inclure le personnel dans l'élaboration de ces stratégies, puisque les données indiquent qu'il est également susceptible de contracter et de propager le virus.

En plus des tests par RCP, le test rapide antigénique est une stratégie en cours d'évolution qui pouvait être employé dans les refuges et par les organismes œuvrant dans la collectivité. Les tests peuvent être administrés relativement rapidement et ont démontré une grande spécificité, c'est-à-dire qu'ils aidaient à repérer les résidents atteints de la COVID-19. Lorsqu'un résident reçoit un diagnostic négatif, toutefois, un écouvillonnage et une évaluation doivent être réalisés pour écarter la possibilité d'un faux négatif. L'application des tests antigéniques dans un milieu d'itinérance est actuellement en train d'être évaluée et de plus amples recherches sur cette stratégie seront requises pour en démontrer l'utilité.

Voir l'annexe I pour des suggestions de pratiques exemplaires.

Recommandation 1.7 : Mettre en place des soins, des services et un soutien culturellement adaptés, sensibles aux traumatismes et convenant à la grande diversité des personnes qui vivent dans le milieu de l'itinérance.

Le milieu de l'itinérance est varié et une stratégie peut être efficace dans une situation particulière, mais infructueuse dans d'autres à cause des différences de sexe ou de genre, de culture ou d'ethnicité, ainsi que d'âge ou d'endroit. Il est essentiel que ces différents groupes soient consultés lors de l'élaboration du plan de réponse à la COVID-19 pour que les interventions soient appropriées et qu'elles conviennent à leurs circonstances et à leurs points de vue.

Populations spéciales

Santé des Autochtones

Les personnes, familles et communautés autochtones présentent un taux plus élevé de maladies respiratoires telles que l'asthme. Ces personnes peuvent être plus susceptibles d'être atteintes gravement par la COVID-19.

Les mesures d'isolement devraient être conçues en consultation avec les dirigeants autochtones pour s'assurer qu'elles sont conformes aux pratiques autochtones, et qu'elles reconnaissent les perspectives coloniales contemporaines, le traumatisme intergénérationnel subi, la mobilisation centrée sur la guérison, qui comprend un accès à des ressources de soutien comme les aînés, les pratiques traditionnelles de guérison ainsi que les aliments et les activités culturellement adaptés.

Santé des jeunes et des adolescents

Les jeunes adultes et les adolescents courent un risque accru de se trouver en situation d'itinérance, particulièrement au moment où ils cessent d'être soutenus par leurs parents, leurs tuteurs et le gouvernement. Les principaux agents de soutien des jeunes, comme les services scolaires et leurs pairs et membres de leur famille, peuvent ne plus leur être disponibles. Les jeunes qui habitent dans des résidences d'étudiants courent aussi le risque de se trouver en situation d'itinérance en raison des fermetures de résidences postsecondaires et de l'impossibilité de dormir chez des amis à cause des exigences de distanciation physique.

Les jeunes ne se considèrent généralement pas comme étant dans une situation d'itinérance aussi importante que les personnes itinérantes chroniques plus âgées, et c'est pourquoi ils préfèrent une aide distincte et spécialisée. Lorsque possible, une aide adaptée aux jeunes, distincte du soutien habituel à l'isolement, doit leur être offerte. Celle-ci doit convenir à leurs besoins et leur isolement doit préférablement s'effectuer en compagnie de personnes du même groupe d'âge.

Les femmes et les minorités de genre

Les femmes et les minorités de genre, qui comprennent les personnes transgenres et non binaires, sont particulièrement vulnérables. Des craintes liées à la sécurité peuvent être ressenties lorsque des personnes de genres différents sont hébergées dans les mêmes établissements, surtout que plusieurs personnes des minorités de genre peuvent avoir vécu des événements de violence physique et sexuelle, ainsi que de la stigmatisation et de la discrimination. Il faut faire preuve de vigilance lorsque des personnes de genres différents sont logées dans les mêmes espaces à des fins d'isolement, et il est important d'assurer leur sécurité. Il faudrait entre autres fournir des espaces d'isolement, des chambres individuelles et des salles de bain réservés aux personnes de même genre. Laisser aux résidents des minorités de genre la possibilité de choisir leur type d'isolement (espace collectif ou privé, mixte ou réservé aux personnes de même genre) est essentiel pour leur assurer un soutien adéquat.

Personnes âgées et personnes présentant des besoins particuliers

Les personnes âgées présentent un risque accru d'avoir des complications liées à la COVID-19. De plus, elles sont le segment démographique le plus en croissance au sein de la population itinérante. Les mesures d'isolement et de soutien devraient être accordées en priorité à cette population. Lorsque possible, des chambres aménagées pour soutenir les activités quotidiennes des résidents devraient être fournies aux résidents âgés aussi bien qu'aux autres résidents ayant des besoins en matière de mobilité ou d'autres besoins particuliers, comme ceux qui sont associés au déclin cognitif et à la démence, par exemple. L'accès à un fauteuil roulant, à un déambulateur ou à d'autres appareils d'aide à la mobilité devrait être organisé pour les résidents.

Familles

Dans la mesure du possible, les familles en situation d'itinérance ou de logement précaire qui doivent être isolées devraient avoir accès à un espace de logement privé doté d'une cuisine et d'une salle de bain privées. Un tel espace pourrait être une suite privée ou une chambre de motel, par exemple. Les familles devraient être isolées ensemble plutôt que séparément, sauf en cas de violence familiale ou conjugale.

Populations rurales

L'itinérance rurale ainsi que l'itinérance dans les collectivités satellites de grandes agglomérations peuvent présenter des défis uniques sur le plan de l'isolement lié à la COVID-19. Dans la mesure du possible, cette population devrait avoir accès directement dans sa collectivité à un espace d'isolement et à des services de soutien. Si cela n'est pas possible, un accès à l'établissement d'isolement le plus près et au transport vers cet établissement devrait être préalablement organisé.

Populations racialisées, ethniques et de réfugiés

Les membres des minorités racialisées, ethniques et religieuses ainsi que les réfugiés devraient avoir accès à des soins sensibles aux particularités culturelles, y compris à des diètes spécialisées, à des services d'interprétation ainsi qu'à des programmes culturellement adaptés. Comprendre les normes culturelles et religieuses de la clientèle et en tenir compte dans la planification des refuges est essentiel. Ces populations devraient, dans la mesure du possible, avoir accès à un

espace de prière et à un soutien spirituel, et les prestataires devraient avoir accès à des conseils en matière d'éthique médico-religieuse en cas de besoin.

Recommandation 1.8 : Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de vaccination cohérente et pratique pour le milieu de l'itinérance.

Lorsque les vaccins contre la COVID-19 seront disponibles au Canada, nous devons avoir en place une stratégie de vaccination qui tient compte de la vulnérabilité des personnes en situation d'itinérance et qui reconnaît l'importance de tous ceux et celles qui leur fournissent des services. En plus des ressources cliniques requises, cette stratégie devra prendre en considération la complexité du milieu, en particulier en ce qui concerne l'emplacement et la mobilité des résidents, leur méfiance, leur volonté d'être vaccinés et leur capacité de consentement, la nécessité d'assurer le suivi des secondes doses et, enfin, l'importance de tenir une base de données confidentielle à l'appui de ces efforts.

Il faudrait aussi offrir le vaccin en priorité aux personnes qui fournissent les services et les encourager à se faire vacciner.

Ce programme relèverait normalement de la responsabilité organisationnelle des autorités de la santé publique, mais nécessitera la participation des personnes en situation d'itinérance ainsi que des fournisseurs de lieux d'hébergement et de services de soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette stratégie de vaccination.

Les personnes en situation d'itinérance sont historiquement sous-immunisées et présentent des taux élevés de maladies pouvant être prévenues par un vaccin. Les éclosions de maladies pouvant être prévenues par un vaccin, telles que l'hépatite A, la grippe et l'infection à méningocoque, surviennent fréquemment. Sans une stratégie ciblée et adaptée de vaccination des personnes en situation d'itinérance contre la COVID-19, les éclosions de COVID-19 dans les refuges persisteront bien après que la crise nationale se sera éteinte et bien après que la courbe d'infection de la population générale se sera aplanie. Sans stratégie de vaccination propre aux refuges, les éclosions de COVID-19 dans ces milieux pourraient faire partie du décor pendant des décennies à venir.

Diminuer la prévalence de l'itinérance comme stratégie pour atténuer l'impact de la COVID-19

Recommandation 2.1 : Reconnaître que l'itinérance est un facteur de risque indépendant qui contribue à la vulnérabilité à la COVID-19.

Les mesures à court terme ou immédiates comme celles que nous avons évoquées doivent être accompagnées de stratégies à plus long terme de diminution du taux d'itinérance afin de prévenir de manière efficace l'impact de la COVID-19 ou d'autres pandémies futures.

Dans notre revue exhaustive des interventions destinées à prévenir les maladies contractées par le biais de contacts occasionnels entre les membres de la population itinérante, nous n'avons trouvé aucune étude portant sur l'effet direct du logement comme moyen efficace de prévenir la maladie. Les revues systématiques réalisées relativement aux interventions dans le domaine du logement n'ont pas non plus permis de dégager de telles études (1-6). Il existe cependant des données qui démontrent de façon indirecte qu'un logement peut prévenir de telles éclosions.

Les maladies transmissibles par contacts occasionnels sont plus fréquentes chez les personnes en situation d'itinérance (7, 8). Ces maladies comprennent la tuberculose, l'influenza, les infections

invasives à streptocoque du groupe A, les infections invasives à pneumocoque et le SARM (9-14). La prévalence de la tuberculose chez les personnes itinérantes est de 34 à 452 fois supérieure à celle de la population générale (9). Le nombre d'hospitalisations pour la grippe pendant la pandémie du H1N1 était 30 fois plus élevé chez les personnes itinérantes (10). Les données indiquent que le risque de transmission pendant une éclosion d'une infection invasive à streptocoque du groupe A (SGA) est plus élevé chez les personnes itinérantes (13, 14), alors que le risque de colonisation ne semble pas être différent (15).

La prévalence plus élevée de toutes les maladies chez les itinérants pourrait indiquer que les facteurs à l'échelle individuelle sont déterminants pour la prévalence des maladies transmissibles (7, 16). Toutefois, les auteurs des études examinées ont tous cité les risques plus élevés de transmission dans les milieux collectifs comme explication la plus probable (9-14). Cela a été en outre confirmé par des analyses des sérotypes et des analyses génomiques réalisées pour la tuberculose, le SAG et l'influenza (13, 17-19).

Les milieux de vie collectifs sont également plus touchés que les autres par le coronavirus (COVID-19) (20). Les cas de COVID-19 à Toronto lors de la première vague de la pandémie avaient été respectivement 64 fois et 19 fois plus élevés dans les centres de soins de longue durée (CSLD) et les refuges pour itinérants (21). Les auteurs ont cité les risques accrus de transmission dans ces milieux collectifs comme principal facteur (21).

La vulnérabilité à la transmission dans un espace collectif peut être attribuable à deux facteurs : 1) la conception de l'espace, qui peut constituer un obstacle à la distanciation physique (p. ex., des chambres partagées) et 2) le manque de ressources en prévention et contrôle des infections (21-23). Les refuges manquent de fournisseurs de services médicaux et de personnel en contrôle des infections et n'appliquent pas les normes de contrôle des infections qui encadrent les centres de soins de longue durée. La détection précoce des symptômes de maladies respiratoires est moins probable alors que les lacunes dans les mesures de contrôle des infections sont plus probables (23, 24). Selon les données, ces problèmes conduiraient dans les centres de soins de longue durée à des éclosions en général, et en particulier à des éclosions de la COVID-19 (22), et cela malgré un environnement réglementaire, une accréditation, un personnel spécialisé et des ressources beaucoup plus importantes en contrôle des infections (21, 22, 25). Il pourrait y avoir un seuil au-delà duquel un investissement plus élevé dans les ressources de contrôle des infections et de soins de santé dans les refuges pour itinérants, comme nous avons vu plus haut dans ce rapport, pourrait dépasser les coûts simplement liés à l'hébergement des personnes en situation d'itinérance. Certaines analyses laissent supposer que ces coûts auraient déjà été dépassés (26).

Recommandation 2.2 : Reconnaître que les initiatives qui visent à prévenir l'itinérance constituent des éléments prioritaires d'une prévention efficace des éclosions.

Les stratégies visant à réduire la prévalence de l'itinérance peuvent être regroupées en interventions destinées à éviter que les personnes qui sont logées tombent en situation d'itinérance et en interventions destinées à loger les personnes qui n'ont pas de domicile.

Pour mettre fin à l'itinérance, il faut employer des stratégies primaires, secondaires et tertiaires. Les mesures visant à loger les personnes en situation d'itinérance sont abordées dans la prochaine section (27).

Les stratégies de prévention primaires ont pour but d'atténuer les facteurs structurels qui augmentent la probabilité de l'occurrence d'une situation d'itinérance, notamment un revenu

inadéquat, le manque de logements abordables, la pauvreté, une maladie mentale non traitée et la consommation de substances, de même que les paradigmes économiques et les hypothèses et politiques qui sous-tendent ces facteurs (27, 28). Les stratégies de prévention secondaires aident les personnes qui sont confrontées à un risque imminent de se trouver sans abri ou écourtent le temps pendant lequel une personne est sans abri par le biais de services optimisés et coordonnés (27). Des politiques publiques et sociales judicieuses peuvent améliorer ces facteurs en apportant des changements intersectoriels à l'échelle locale, municipale, provinciale et fédérale, plutôt qu'en s'appuyant sur un programme tertiaire uniquement axé sur le milieu de l'itinérance (27-30). Comme pour les soins de santé, les approches en amont sont essentielles pour réduire les coûts et pour diminuer la nécessité d'une approche tertiaire autrement en constante croissance (28, 31-33).

Bien qu'essentielles, ces interventions en amont ne sont pas directement l'objet de ce rapport.

Recommandation 2.3 : Tous les ordres de gouvernement devraient adopter et mettre en œuvre une stratégie globale et réaliste visant à mettre fin à l'itinérance à l'échelle nationale.

Le logement comme moyen de réduire l'impact de la COVID-19 et des futures pandémies de maladies respiratoires chez les personnes en situation d'itinérance peut être évalué en examinant ses coûts et ses avantages. Les avantages potentiels incluent l'amélioration de la santé, la diminution des coûts pour la société et des maladies respiratoires transmissibles chez les sans-abris, les avantages indirects pour la société, ainsi que l'évitement des coûts associés à l'inaction. Les coûts sont ceux de la mise en œuvre des programmes et des plans de logement.

Interventions en matière de logement ayant fait l'objet d'études

Les études de qualité et les revues systématiques réalisées démontrent de plus en plus qu'il est avantageux de loger les personnes sans abri (1-6). Récemment, une revue effectuée par Aubry et al. a relevé 41 publications examinant 15 études, dont 8 essais comparatifs randomisés(1). Toutes ces publications ont évalué Logement d'abord, une approche visant à trouver immédiatement un logement à la personne et à lui fournir une aide. Elles ont comparé cette approche aux interventions existantes. Chaque étude a évalué des combinaisons uniques de logement et de soutien(1). Les dispositions de logement comprenaient des interventions comme un supplément au loyer (34-39), un logement appartenant à un organisme ou à un gouvernement (36, 39-43) et des logements collectifs : des unités simples (41, 44) ou des maisons communautaires de type familial comprenant des chambres individuelles (44, 45) et, enfin, l'éparpillement d'unités dans la ville (35, 38, 42) ou des sites à plusieurs unités, comme des immeubles complets ou des étages d'immeubles (39, 46).

Les types de soutien incluaient :

- Le traitement dynamique dans la collectivité (activités, pour Assertive Community Treatment) ou la gestion de cas intensive (ICM, pour Intensive Case Management), des équipes comprenant moins de 20 personnes par gestionnaire de cas, des services infirmiers, un médecin et un psychiatre attitré (34, 35, 43, 47, 48).
- Des formes de soutien multidimensionnel autres que l'ACT et l'ICM, dont des programmes récréatifs, des programmes de travail, la gestion de cas et un lien prioritaire avec les services psychiatriques (42, 44, 46).

- Les traitements des problèmes de consommation, dont les programmes de réduction des méfaits nécessitant des traitements résidentiels multidimensionnels (49) et des traitements par agonistes opioïdes (38).

Impacts sanitaires et psychosociaux des interventions de logement

L'expérience de l'itinérance a des impacts multiples sur la santé qui compromettent le bien-être physique et mental de la personne en augmentant le risque de transmission des maladies, d'invalidité et de mortalité toutes causes confondues (9, 50, 51). Les agents de stress qui peuvent exacerber l'état de santé incluent les risques physiques et psychosociaux liés à une situation d'instabilité résidentielle, l'exposition à l'abus de substances, la stigmatisation et l'isolement social (7, 52-55).

Logement d'abord utilise une approche de lutte contre l'itinérance basée sur des données probantes qui vise à renforcer la stabilité résidentielle en procurant un logement de soutien permanent. Les constats suivants ont été tirés de données recueillies sur deux ans dans le cadre de l'essai comparatif randomisé At Home/Chez Soi : 71 % des participants ayant une grave maladie mentale et ayant bénéficié du programme Logement d'abord et d'un traitement dynamique dans la collectivité étaient en situation de stabilité résidentielle au bout de 24 mois, comparativement à une proportion de 29 % pour les personnes ayant reçu les services habituels (34). Les interventions qui combinaient un logement à long terme à des occasions d'obtenir des soins par le biais de services de gestion de cas conduisaient à une réduction des symptômes psychiatriques (44, 49). Les programmes de logement et de gestion de cas ont conduit à une baisse du nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations (56-58). Les avantages que procure un logement stable ont été démontrés dans de nombreuses études aux États-Unis et au Canada, lesquelles soulignent la nécessité d'envisager le recours aux programmes ciblés de logement comme approche efficace pour réduire la prévalence de l'itinérance au Canada et pour améliorer l'état de santé des personnes en situation d'itinérance (38, 43, 59, 60).

Impacts économiques des interventions de logement

Les analyses coût-efficacité qui évaluent les impacts économiques des interventions de logement ont révélé une augmentation des dépenses de programme qui surpassait les coûts évités par un programme de stabilité résidentielle (34, 56-58, 61, 62). Des études ont aussi révélé que certaines interventions permettaient d'éviter des coûts liés aux services médicaux et sociaux (63-68). Une revue de la littérature examinant les coûts générés de 2007 à 2015 par les interventions liées au programme Logement d'abord a montré qu'un logement permanent avec services de soutien est très bénéfique pour les personnes en situation d'itinérance et qu'il permet d'éviter des coûts substantiels (6).

Le coût annuel du programme Logement d'abord et d'un traitement dynamique dans la collectivité est d'approximativement 22 257 \$ CA par participant, une somme qui est compensée à 96 % par la réduction des coûts d'hospitalisation, des visites dans les refuges et des arrestations entraînée par le programme (34). De même, le coût du programme Logement d'abord accompagné d'une gestion de cas intensive se chiffre en moyenne à 14 496 \$ CA par personne par année. Ce montant est compensé à 46 % par la réduction des coûts liés à un éventail de services non utilisés, ce qui ramène le coût net du programme à 7 868 \$ (69).

Nécessité des programmes nationaux de logement pour mettre fin à l'itinérance

Comme nous avons vu, après une réduction du soutien financier des programmes de logement dans les années 1980 et 1990, l'itinérance a connu une croissance importante à divers endroits au Canada (28). Le Caucus des maires des grandes villes de la Fédération canadienne des municipalités avait déclaré en 1998 que l'itinérance au pays constituait une « catastrophe nationale » (31, 70). Les programmes d'investissement dans le logement n'ont pas réussi à faire baisser le taux d'itinérance (70). De 2008 à 2011, de grandes villes comme Calgary, Vancouver, Ottawa et Toronto ont adopté des plans sur 10 ans inspirés des plans de la National Alliance to End Homelessness (NAEH) aux États-Unis pour mettre fin à l'itinérance (31). En 2012, l'Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance (ACMFI) a été créée, à l'image de la NAEH (71). L'ACMFI, une coalition d'individus, d'organismes et de collectivités, vise à mettre fin à l'itinérance en engageant les gouvernements et les collectivités à mettre en œuvre des plans de 10 ans (31, 71, 72). Malgré le grand nombre de plans municipaux de 10 ans adoptés, l'itinérance au Canada a continué d'augmenter (26, 31). Selon une analyse exhaustive menée à ce sujet, bien qu'ils aient eu leur importance, ces plans ont été nettement sous-financés, compensant à peine la perte de logements locatifs survenue dans le marché privé. À cause des faibles exigences d'accessibilité, les nouvelles unités sont généralement inaccessibles aux personnes à faible revenu (31). Les villes ont également une compétence limitée au regard des principaux facteurs de l'itinérance, comme la faiblesse du revenu, le déclin du parc privé de logements abordables, les migrations et le chômage (31, 73). Voilà pourquoi les analystes des politiques, les défenseurs du logement abordable et les scientifiques ont plaidé pour la mise en place un programme national du logement (27, 28, 30, 31, 33, 74).

La Stratégie nationale sur le logement (SNL) de 2017 ne mettra pas fin à l'itinérance et n'atteindra pas ses objectifs

En 2017, le gouvernement fédéral a adopté une Stratégie nationale sur le logement (SNL), un plan d'une valeur de 55 G\$ sur dix ans. Le plan a comme objectif de diminuer de 530 000 le nombre de personnes (1,7 million) qui ont des besoins impérieux de logement, de diminuer de 50 % le nombre de Canadiens (25 000) en situation chronique d'itinérance, de moderniser 300 000 logements et de bâtir 125 000 nouveaux foyers (32, 75, 76). Les budgets fédéraux depuis 2017 comprennent un ensemble de dispositions en matière de financement, de subventions et de prêts axés sur le logement qui visent à atteindre ces objectifs (75). La stratégie a été suivie de l'adoption de la *Loi sur la stratégie nationale sur le logement*, en vertu de laquelle le gouvernement s'est fixé des priorités et des objectifs nationaux, s'est donné une vision à long terme pour le logement et s'est engagé à faire participer le public à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique ainsi qu'à donner la priorité aux personnes dont les besoins de logement sont les plus criants (75,77).

La Loi reconnaît que l'accès à un logement adéquat est un droit fondamental de la personne. Le logement en tant que droit de la personne avait été réclamé depuis longtemps par les défenseurs de l'accès au logement et par d'autres ordres de gouvernement. La Loi n'établit toutefois pas un droit exécutoire, mais prévoit plutôt des « mécanismes de reddition de comptes » axés sur la présentation de rapports, sur la surveillance et sur la participation à la prise de décisions. Bien que considérer le logement comme un droit puisse être intéressant si on peut se prévaloir collectivement de ce droit, d'autres suggèrent qu'un droit au logement qui ne permet pas à une personne sans logement de faire valoir ce droit et d'être logée ne constitue pas véritablement un droit (33, 78).

La Stratégie nationale sur le logement a été fortement critiquée, certains allant jusqu'à l'appeler la « Stratégie nationale pour maintenir l'itinérance » (32, 75, 79). Elle a même été vertement critiquée dans un rapport du Bureau du directeur parlementaire du budget (BDPB) en 2019 (80).

Selon l'analyse du BDPB, il est peu probable qu'un changement ait lieu dans le nombre total de ménages ayant des besoins impérieux de logement, en particulier parmi les ménages à faible revenu, lesquels sont les plus susceptibles de se retrouver sans abri considérant la faiblesse des règles destinées à favoriser l'accessibilité au logement et la diminution par rapport aux années précédentes des dépenses effectuées en logements abordables, calculées en fonction du pouvoir d'achat réel. Il est également peu probable qu'une réduction importante de l'itinérance se produise, puisque le BDPB estime que la SNL n'augmente que de 4 % les dépenses faites globalement par le gouvernement fédéral pour lutter contre l'itinérance. Les municipalités, les provinces et les territoires contribuent beaucoup plus au financement des interventions de logement, soit en moyenne 12,90 \$ par dollar fédéral dépensé (80).

En revanche, l'Initiative pour la création rapide de logements, lancée en 2020 et dotée d'une enveloppe d'un milliard de dollars, est bien conçue sur plusieurs plans. Elle s'adresse aux personnes ayant un besoin criant de logement. Elle fournit un logement abordable (un logement est considéré comme abordable lorsque 30 % ou moins du revenu du ménage lui est consacré) aux personnes qui paient 50 % ou plus de leur revenu avant impôt pour se loger ou qui sont en situation d'itinérance ou susceptibles de se retrouver dans cette situation (81). Avec son ajout de 3 000 nouveaux foyers, cependant, elle ne répond qu'à une petite fraction des besoins du pays. Par exemple, à Toronto uniquement, 91 994 personnes étaient inscrites aux listes d'attente pour un logement social en 2016 et 27 805 Torontois qui ne pouvaient se permettre un loyer de 750 \$ par mois ou plus consacraient plus de 50 % de leur revenu à leur loyer (82).

Un plan national ciblé de 10 ans pour mettre fin à l'itinérance

Au mois de juillet 2020, l'ACMFI a publié *Recovery for All* (RFA, un plan de dix ans visant à mettre fin à l'itinérance en réponse à la pandémie de la COVID-19 (83). Le plan RFA est axé sur l'itinérance aiguë et chronique et sur les ménages à faible revenu (80,83). Cela contraste avec la SNL, qui cible principalement les Canadiens de la classe moyenne et dont l'objectif déclaré est de réduire l'itinérance chronique de 50 %. Une analyse du BDPB laisse penser que ce programme pourrait avoir peu d'impact sur l'itinérance. Le plan de 10 ans de l'ACMFI dispose d'un budget total de 55 milliards de dollars additionnels, qui viennent s'ajouter aux 11,2 milliards de dollars additionnels consacrés à la SNL. Le plan RFA propose de produire 300 000 nouvelles unités permanentes de logement abordables avec services de soutien (beaucoup plus que ce que prévoit la SNL sur 20 ans), dont 50 000 unités destinées aux personnes en situation chronique d'itinérance. Il promet aussi de fournir un supplément de loyer à 55 000 personnes itinérantes. Le plan comprend une analyse détaillée du flux entrant et sortant des personnes des états d'itinérance aiguë, d'itinérance chronique et de vulnérabilité à l'itinérance afin d'arrêter le flux entrant et de rapidement accroître le flux sortant (83). Les mesures de soutien au logement seraient fournies par les provinces et financées par les sommes épargnées grâce à l'itinérance évitée. Le plan RFA créerait approximativement 500 000 emplois, soit environ 150 000 emplois chaque année (68). Une diminution importante des pressions budgétaires surviendrait en raison de la réduction des autres dépenses, d'après les données du programme *At Home/Chez Soi*, selon lesquelles 46 %

des coûts de logement et de soutien seraient compensés par les coûts épargnés, notamment les coûts d'exploitation des refuges et de soins de santé (69).

Pour éclairer la société et soutenir sa volonté de financer un tel programme de logement, nous le comparons aux estimations des coûts directs et indirects de l'itinérance assumés chaque année à l'échelle fédérale, provinciale et municipale. Les coûts directs sont difficiles à établir étant donné que plusieurs territoires et ordres de gouvernement sont concernés et que la comptabilisation des sommes qu'ils dépensent n'est pas centralisée (85). Si on utilise la somme estimée par le BDPB à 12,9 dollars dépensés par dollar fédéral (139 M\$), on obtient 1,93 G\$ de dépenses directes chaque année (80, 86). Les coûts indirects et directs ont été collectivement estimés à 7 G\$ par année (87). Le coût du plan RFA se situe entre ces estimations. La situation de la pandémie de la COVID-19 augmente à la fois les coûts directs et indirects si nous considérons les coûts de logement temporaire dans des hôtels, l'ÉPI fourni au personnel et aux résidents des refuges et le coût des soins de santé fournis aux personnes itinérantes hospitalisées pour la COVID-19. À l'échelon fédéral, le RFA constitue donc une somme relativement faible. Il coûterait 139 \$ par Canadien annuellement, une somme relativement faible puisqu'elle ne représente que 2 % des 7068 \$ par personne dépensés annuellement en soins de santé en 2019 (84). Nous saluons le gouvernement fédéral d'avoir reconnu le logement comme un droit fondamental de la personne. Le RFA ou un programme semblablement financé et structuré constituerait une façon pour la société canadienne de défendre ce droit de manière tangible. D'après notre analyse des données disponibles, un tel programme serait le moyen le plus efficace et économique d'atténuer et de prévenir l'impact de la COVID-19 sur les personnes en situation d'itinérance.

Recommandation 2.4 : Planifier et mettre en œuvre un modèle d'organisation des refuges qui soutiendrait l'approche Logement d'abord, qui préconise un transfert rapide des personnes itinérantes vers des logements subventionnés ou une stabilisation des problèmes de santé mentale et de dépendance suivie d'un transfert vers un logement avec services de soutien.

Si le Canada ne progresse pas substantiellement au regard de l'objectif de mettre fin à l'itinérance, il sera essentiel de reconsidérer nos structures de refuges existantes. Si un programme national de logement adéquat était en place, les personnes qui se retrouvent en situation aiguë d'itinérance parce qu'elles perdent leur logement ou qu'elles ont des problèmes importants de santé qui les empêchent de garder un logement stable n'auraient besoin du soutien qu'offre un refuge que pour une courte période. Plusieurs organismes qui tiennent des refuges offrent actuellement des programmes d'acquisition des compétences de base pour aider les personnes à retrouver un logement. Il faudrait aussi avoir la possibilité dans les refuges de stabiliser de manière efficace l'état de santé des résidents pour les préparer à occuper un logement de soutien. Ce besoin est parfois satisfait grâce à des partenariats plus larges entre les refuges et les systèmes de santé.

Idéalement, cette stabilisation et cette réhabilitation s'effectueraient dans des résidences de soins de santé à faible seuil d'entrée. Ces résidences pourraient offrir des programmes semblables à ceux qu'offrent actuellement certains refuges dans le cadre de solides partenariats de soins de santé. Les interventions en situation de crise et les modèles souples et adaptables de soutien au logement fortement axés sur la stabilisation et la gestion précoce des dépendances et de la maladie mentale et physique resteront toujours nécessaires. Selon cette formule, les refuges et leurs partenaires assumeraient une fonction double de soutien au logement et de triage rapide dans le contexte d'une mission de prestation de soins de santé aigus, mais de très courte durée.

En résumé, nous disposons de données qui démontrent de façon convaincante les avantages qu'il y aurait sur les plans de la santé et des considérations économiques à mettre en œuvre en priorité une stratégie Logement d'abord pour prévenir l'impact de la COVID-19 et des futures pandémies sur les personnes itinérantes.

L'itinérance est un problème social complexe qui touche plusieurs secteurs. Les solutions immédiates passent par le logement et par un meilleur accès à des soins de santé efficaces, mais il est également essentiel de s'occuper des nombreux facteurs qui peuvent conduire à une vie d'itinérance, tels que la pauvreté, les traumatismes intergénérationnels, l'iniquité sociale et les facteurs qui nuisent au développement des enfants. Des appels ont été lancés et des engagements ont été pris relativement à l'abolition de l'itinérance, mais les plans en question ont échoué parce qu'ils étaient de courte durée, qu'ils n'avaient pas la portée et la structure nécessaires et que personne n'avait à rendre de comptes à leur égard. Les interventions doivent être intersectorielles, être soutenues par des ressources suffisantes, être basées sur des données probantes, être soumises à une reddition de comptes et être soutenues par les trois ordres de gouvernement. Le gouvernement fédéral devrait prendre l'initiative de mettre en place une Stratégie nationale pour mettre fin à l'itinérance qui irait au-delà de la seule question du logement. En raison de la COVID-19 et de son impact sur cette population vulnérable, les décideurs devraient en faire une priorité.

Renforcer la base de données probantes pour favoriser la prise de décisions éclairées

Recommandation 3.1 : Mettre en œuvre une stratégie de recherche rattachée à des subventions ciblées des conseils de recherche du Canada et priorisant les interventions destinées à réduire la vulnérabilité des personnes en situation d'itinérance.

La recherche sur le milieu de l'itinérance présente certaines difficultés. La mobilité de la clientèle, la méfiance, le consentement libre et éclairé requis pour participer à une recherche et pour faire l'objet d'un suivi constituent tous des barrières logistiques et éthiques importantes. Lorsqu'à ces facteurs s'ajoutent le manque de financement et les complexités liées aux interventions multicentriques, le résultat est que nous disposons de peu de preuves convaincantes à l'appui des nombreuses interventions qui permettraient de prendre des décisions politiques plus éclairées. Néanmoins, nous avons une communauté de la recherche sur l'itinérance que nous pouvons solliciter pour trouver réponse à certaines de ces questions d'ordre politique plus épineuses.

Les recherches multicentriques, participatives et menées dans le milieu devraient être une priorité pour les centres universitaires et les organismes de financement afin que les décisions destinées à réduire la vulnérabilité des personnes en situation d'itinérance à court et à long terme soient bien guidées.

Résumé

La vulnérabilité n'est pas propre au milieu de l'itinérance. Elle émane en partie des caractéristiques des personnes concernées, qui peuvent souffrir d'une maladie ou être affectées par d'autres facteurs sociaux ou économiques tels que la pauvreté, l'isolement ou le manque d'éducation ou d'emploi.

Cette vulnérabilité, cependant, et également exacerbée par des facteurs externes ou organisationnels, tels que le manque de soutien et de ressources, ou bien une gouvernance ou des réponses institutionnelles inappropriées.

Un changement tangible requiert une collaboration intersectorielle, un investissement en ressources, des dirigeants engagés et une direction politique claire. Si ces facteurs ne sont pas réunis, ces milieux resteront intrinsèquement vulnérables à une nouvelle crise, qu'il s'agisse d'une autre pandémie ou d'une tragédie économique ou environnementale future.

Au cours de l'actuelle pandémie, nous avons été témoins, sur une période de quelques jours seulement, de changements drastiques dans le secteur des logements temporaires ainsi que de la création de centres d'isolement. Des changements peuvent donc être apportés de manière rapide et efficace si la gouvernance, les ressources et les motifs convergent. Apporter des changements durables nécessitera un engagement soutenu à réduire la vulnérabilité de cette population et de plusieurs autres au Canada qui méritent notre soutien.

Les personnes les plus vulnérables doivent participer à l'établissement du consensus recherché afin que l'impact de cette pandémie et de toute autre crise future ne soit pas plus particulièrement ressenti par ceux et celles qui ne sont justement pas en mesure de supporter ce poids supplémentaire.

Annexe I : Pratiques exemplaires suggérées

Recommandation 1.2

Faire en sorte que les prestataires de services, le personnel des refuges et les personnes qu'ils servent soient en sécurité, informés et pris en compte dans la planification des systèmes d'aide aux personnes itinérantes.

Pratiques exemplaires suggérées

Éducation

- Renseigner adéquatement les résidents sur la nature de la COVID-19 et sur les effets qu'elle peut avoir sur leur vie et sur leur séjour dans l'établissement.
- Sensibiliser les résidents à l'égard des stratégies appropriées d'hygiène et de prévention qui leur permettent de se protéger eux-mêmes contre la pandémie.
- Soutenir le personnel par le biais de programmes continus de préservation du bien-être.

Port du masque

- Les résidents doivent porter un masque en tout temps à l'intérieur d'un refuge, sauf lors des repas et lorsqu'ils dorment.
- Les résidents qui n'ont pas accès à un masque doivent en recevoir un lors de leur arrivée dans un refuge.
- Dans les campements, les résidents qui entrent dans les tentes communes doivent porter un masque.

Lavage des mains

- Des installations pour se laver les mains doivent être fournies dans tous les espaces de refuge ainsi que dans les espaces de campement.
- Un désinfectant pour les mains à base d'alcool peut être utilisé, tout en sachant que des résidents pourraient être tentés de consommer le désinfectant à base d'alcool.
- Les désinfectants pour les mains sont à éviter lorsque les mains sont visiblement sales, lors de la réalisation d'un travail et lorsque les résidents souffrent de symptômes gastro-intestinaux tels que la diarrhée ou des vomissements. Le lavage des mains avec de l'eau et du savon doit être utilisé dans ces contextes.
- Les mains doivent être lavées ou désinfectées après avoir touché des surfaces communes ou très utilisées.

Regroupement en cohortes

- Le regroupement préventif en cohortes peut constituer une stratégie efficace pour aider les résidents à limiter la propagation de la COVID-19, mais aussi pour faciliter le suivi des contacts.
- Le regroupement en cohortes consiste à réunir les résidents au sein de groupes fixes, dont les entrées et les sorties du refuge sont limitées. Idéalement, une cohorte comprendra moins de 15 membres. Le regroupement en cohortes garantit que si on découvre qu'un membre est infecté par la COVID-19, toute la cohorte pourra être isolée ensemble.

- Le regroupement en cohortes facilite aussi le suivi des contacts avec les autres résidents et le personnel.
- Il faut envisager d'accorder aux cohortes des pauses cigarette et du temps à l'extérieur.
- Le regroupement en cohortes dans les campements afin de limiter le nombre de personnes dans un même endroit peut aussi aider à limiter la propagation de la COVID-19.

Déplacements entre les établissements et au sein d'un même établissement

Dans la mesure du possible, on devrait dissuader les résidents de circuler d'un refuge à un autre ainsi qu'à l'intérieur d'un même refuge. Plusieurs stratégies peuvent être employées à cet égard :

- Appliquer une politique qui encourage ou oblige les résidents à ne fréquenter d'un seul refuge.
- Limiter le nombre de résidents ou de visiteurs dans les centres d'accueil ou autres programmes de jour.
- Annuler ou en reporter les activités de groupe non essentielles.
- Prévoir des mesures incitatives destinées à réduire la mobilité; réorganiser par exemple les services de manière à ce que les trois repas soient offerts dans le même établissement ou sur le même étage, plutôt que de les répartir sur trois établissements différents.
- Dans la mesure du possible, les résidents qui circulent entre des campements et des refuges devraient être encouragés à limiter leurs déplacements entre les différents sites et à se trouver un milieu plus sûr.

Repas et installations communes d'hygiène

- Échelonner les heures de repas pour diminuer les attroupements et pour permettre la distanciation physique dans les lieux communs de repas.
- Échelonner l'horaire d'utilisation des cuisines communes/partagées.
- Fournir des sacs repas que les résidents peuvent emporter ou des plateaux individuels de nourriture.
- Échelonner les repas par cohorte/groupe et par étage.

Salles de bain et bains/douches

- Créer un horaire échelonné de bain pour réduire le nombre de personnes qui utilisent une salle de bain en même temps.
- Il est recommandé de nettoyer et de désinfecter fréquemment (au moins trois fois par jour) les salles de bain communes.

Distanciation physique

- Les résidents devraient en tout temps se tenir à 2 mètres les uns des autres et pratiquer la distanciation physique.
- Les résidents ne devraient pas partager de lits superposés.
- Tous les lits devraient être espacés les uns des autres d'au moins 2 mètres. Les lits supérieurs des lits superposés ne devraient pas être utilisés.

- Dans la mesure du possible, des éléments de protection supplémentaires entre le personnel et les résidents devraient être fournis et les systèmes de ventilation et de CVCA devraient être améliorés.
- Des espaces supplémentaires – comme des hôtels, des immeubles inoccupés et d’autres espaces – devraient être réaménagés pour créer des espaces de logement et de refuge afin de favoriser le respect des exigences minimales de distanciation physique. Dans tous les cas, réduire la taille des lieux collectifs, améliorer la distanciation physique et regrouper les gens par cohortes sont des mesures qui réduiront la transmission de la COVID-19 et l’ampleur des éclosions dans les refuges. Il est préférable, par exemple, d’avoir deux groupes de 30 personnes logés dans des établissements différents qu’un seul groupe de 60 personnes dans un même établissement.

Gestion des imprévus dans les lieux de refuge

- Prolonger les heures d’accueil dans les refuges si possible et s’il y a lieu.
- Déterminer les mesures qui pourraient être prises pour assurer la continuité des services essentiels.
- Déterminer à l’avance les endroits où les résidents pourront être envoyés si l’espace de refuge est plein ou si une éclosion survient un l’établissement.

Recommandation 1.4

Élaborer et mettre en œuvre un plan de prévention et d’atténuation des éclosions basé sur des données probantes pour tous les établissements et prestataires de services qui soutiennent les personnes en situation d’itinérance.

Pratiques exemplaires suggérées

- Préciser clairement ce qui constitue une éclosion. Les définitions données aux éclosions varient selon la province et peuvent changer en fonction des recommandations fournies par les médecins-hygiénistes provinciaux.
- Préciser clairement les rôles et les responsabilités et mettre en place un plan de coordination centralisé pour gérer les situations d’éclosion. Le plan doit préciser qui effectue le dépistage de masse, le nettoyage des établissements et le transport des résidents vers les lieux d’isolement et qui fournit le soutien au personnel.
- Prendre des dispositions le plus tôt possible avec les parties qui pourraient être requises dans une situation d’éclosion, notamment les autorités locales de la santé, le personnel des refuges, les services alimentaires, les services de police et de sécurité et les services de secours médical.
- Établir des voies de communication claires entre les diverses parties concernées par la gestion des éclosions.
- Renseigner les refuges et le personnel sur les conséquences d’une éclosion et fournir des conseils bienveillants et un soutien constant aux résidents sur la façon de préserver leur santé et leur bien-être pendant l’éclosion.

- Envisager de diriger les résidents qui n’ont pas été exposés et qui sont asymptomatiques vers un endroit moins bondé pendant une situation d’éclosion, surtout si l’établissement lui-même doit être fermé.
- Repérer tous les sites de refuges appropriés qui pourraient être utilisés, afin que les résidents qui n’ont plus accès à un refuge aient un endroit où se tourner.
- Créer une approche systématique de suivi des contacts qui couvre les établissements de refuge ainsi que les campements.
- Définir la durée et la fin d’une éclosion en s’appuyant sur les directives des autorités de la santé publique.
- Réinstaurer les mesures de prévention et de dépistage lorsque l’éclosion est déclarée terminée.

Recommandation 1.5

Créer des unités d’isolement pour les personnes en situation d’itinérance qui sont incapables de s’isoler pendant qu’elles attendent les résultats d’un test ainsi que pour celles qui ont reçu un diagnostic positif de COVID-19.

Pratiques exemplaires suggérées

Transport

- Un transport dans le respect des mesures d’isolement et de distanciation physique devrait être établi et coordonné avec l’établissement d’isolement hôte et l’établissement de provenance du résident.
- L’ÉPI en entier doit être utilisé lors d’un transport.

Admission : Les procédures d’admission habituelles devraient suivre les principes élémentaires, qui sont entre autres de réduire le plus possible les barrières administratives pour les résidents et les exploitants, de faciliter le cheminement des résidents et de déterminer quels sont les principaux besoins des résidents. Autres aspects :

- Évaluation médicale : signes vitaux, examen des symptômes de la COVID-19, problèmes de santé préalables et antécédents médicaux, historique de santé mentale, évaluation cognitive s’il y a lieu et historique récent en matière de consommation de substances, s’il y a lieu.
- Évaluations sociales : évaluation des possibilités de logement, de l’aide financière et de l’aide juridique; évaluation des besoins culturels et religieux; évaluation comportementale pour les résidents ayant des problèmes comportementaux complexes.
- Un processus d’admission centralisé collaborant avec l’organisme de provenance aide à fournir un portrait précis du résident, ce qui peut aider à lui fournir le soutien dont il a besoin pendant son isolement. À l’aide des évaluations médicale, sociale et comportementale, le personnel du service d’admission centralisé pourra diriger adéquatement les résidents en fonction des ressources et des établissements disponibles, soit vers le système des refuges soit vers le système des soins de courte durée.

- Une discussion sur les directives personnelles et les soins palliatifs devrait être tenue lors de l'admission pour respecter l'autonomie des patients relativement aux soins de fin de vie potentiels.
- Une discussion devrait être tenue avec les résidents lors de leur arrivée à l'établissement concernant les services fournis sur place, notamment en ce qui concerne les services d'alimentation et de divertissement, les services médicaux, la façon d'obtenir de l'aide en cas de besoin et les choses à faire et à ne pas faire.

Politiques et procédures sur place

Les politiques et procédures ont pour but d'aider les résidents pendant leur isolement grâce à des approches adaptées qui permettront de répondre à leurs besoins et d'améliorer le respect des règles d'isolement. Cela comprend :

- Des services centrés sur la clientèle qui habilite les résidents à faire des choix concernant leur propre santé, leurs besoins particuliers et l'aide dont ils ont besoin.
- Un accès à un service complet et à un lien avec les services sociaux et communautaires, notamment un accès à une évaluation des possibilités de logement, à un soutien financier et à des ressources relatives à l'hygiène personnelle et aux besoins élémentaires comme l'habillement.
- Des programmes spécialisés en matière de santé mentale et d'aide aux personnes ayant une dépendance sont nécessaires, notamment un accès à des ressources de désintoxication, de pharmacothérapie psychiatrique et de thérapie psychosociale, au besoin, à des traitements par agonistes opioïdes, à une aide à la gestion des médicaments d'inhibition du besoin et à d'autres formes d'aide pour la gestion des substances.
- Parmi les autres aspects importants pour la rétention des résidents figurent le soutien à la gestion comportementale, le soutien cognitif, la gestion de l'isolement social et des troubles de santé mentale associés ainsi que les approches sensibles aux traumatismes. Les résidents peuvent trouver que leur admission dans un espace d'isolement leur rappelle un internement et tous les efforts devraient être mis pour rendre l'espace le plus confortable possible afin que l'isolement soit respecté jusqu'au bout.
- Un accès à une alimentation électrique, à un réseau Wifi et aux dispositifs technologiques personnels, comme les téléphones cellulaires et les tablettes. Un accès à l'équipement nécessaire pour faire la lessive et à des collations au besoin.
- Un accès à un soutien à la gestion de la consommation de substances et à des services de prévention des surdoses.
- Un accès à des médicaments pour traiter les problèmes de santé, au besoin.
- Un soutien culturel doit être fourni s'il y a lieu, y compris l'accès à une diète et à des services religieux spécialisés, ainsi que l'accès au soutien d'aînés et aux pratiques traditionnelles de guérison.
- Des espaces sûrs et personnalisés pour les femmes et les résidents des minorités de genre qui peuvent se sentir mal à l'aise dans des espaces collectifs avec d'autres genres, ainsi que des espaces pour les familles et les enfants en situation d'itinérance.

Planification du départ

- La planification du départ devrait commencer lors de l'admission à l'établissement d'isolement, en tenant compte du principe fondamental selon lequel une transition appropriée vers les milieux de soin doit être assurée après l'isolement. Cela comprend un examen des besoins du résident, notamment en ce qui concerne son intégration dans la collectivité, y compris de ses besoins en soutien médical tel que le soutien à la gestion de la médication et à la gestion continue des maladies chroniques en collaboration avec les organismes de la collectivité, mais aussi en soutien social, qui inclut la planification de la transition vers un logement, l'établissement de liens avec des services d'aide judiciaire et juridique, et un accès à une aide au revenu.
- Dans la mesure du possible, le départ ne doit pas aboutir à un retour à une situation d'itinérance, mais plutôt à l'accession à un logement qui répond aux besoins et aux exigences du résident.

Considérations supplémentaires

Voici certains aspects importants à considérer concernant l'isolement social :

- Une approche hybride d'espace collectif/individuel consiste à donner aux résidents le choix de s'isoler seuls si c'est ce qu'ils souhaitent ou, s'ils trouvent que cela ressemble à une forme d'internement et préfèrent être isolés au sein d'une cohorte, le choix de vivre dans un milieu collectif.
- Une fois ou deux par jour, une visite des résidents par le personnel du site devrait être faite pour évaluer les symptômes des personnes atteintes de COVID-19 ainsi que pour servir les repas et les collations.

Seuils de déclenchement pour la modulation de l'offre d'établissements et de services :

- La planification relative à la pandémie devrait permettre une modulation rapide de l'offre d'établissements et de services si le nombre de cas augmente ou diminue.
- La planification devrait aussi prévoir des mesures de soutien spécialisées pour certaines sous-populations, comme les femmes, les enfants et les membres des minorités culturelles et de genre.

Soins palliatifs :

- Il peut arriver des situations où des patients admis peuvent avoir besoin de services de soins palliatifs. L'accès à de tels services et à des soins respiratoires plus avancés, dont un apport en oxygène, pourrait être requis. La planification de ces services aiderait les résidents.

Perspectives éthiques et juridiques :

- Les questions liées aux directives personnelles, aux soins palliatifs, au soutien à la gestion de la consommation de substances et au fait que des résidents souhaitent partir malgré un avis médical contraire peuvent exiger un examen éthique.
- Un examen juridique pourrait être requis pour résoudre des questions qui ont trait, par exemple, aux sites de gestion des substances et de prévention des surdoses.

Recommandation 1.6

Établir et mettre en œuvre des stratégies de dépistage, de diagnostic et de gestion des cas et des contacts qui sont basées sur des données probantes, flexibles et cohérentes.

Pratiques exemplaires suggérées

- Établir les stratégies de dépistage et de suivi des contacts qui s'appliqueront aux situations normales et aux situations d'éclosion pour les populations hébergées en refuge et les populations qui ne le sont pas (logées dans des campements). Notons que tous les membres du personnel peuvent s'occuper du dépistage de base, qu'ils aient ou non une formation médicale.

Dépistage des résidents et du personnel

- Des mesures préventives pour les campements, telles qu'un recensement des personnes résidant dans un campement et un inventaire des différents lieux de campement, peuvent aider à assurer le suivi des contacts en cas d'éclosion dans un campement.
- Des initiatives de dépistage devraient être organisées de manière stratégique.
- Les meilleures circonstances pour procéder au dépistage sont au moment de l'arrivée dans un refuge ainsi que lors des visites de dépistage dans les campements.
- Le personnel et les résidents doivent faire l'objet d'un dépistage quotidien.
- Le dépistage des résidents doit être fait quotidiennement et des formulaires d'identification ainsi que des tampons ou des bracelets devraient être utilisés pour confirmer qu'un dépistage a été effectué avec succès.
- Le dépistage devrait comprendre une vérification des principaux symptômes de la COVID-19 basée sur les directives les plus récentes des autorités provinciales.
- Le dépistage peut se faire suivant un processus en deux étapes (annexe I) :
 - Un dépistage primaire, qui consiste à faire répondre à un bref questionnaire qui vérifie les principaux symptômes, tels que la toux, la fièvre, le mal de gorge, l'essoufflement, le nez qui coule ou des problèmes gastro-intestinaux. Le dépistage de premier niveau peut être effectué par tout membre du personnel.
 - Lorsqu'une personne a des symptômes énumérés dans le questionnaire du dépistage primaire, un dépistage secondaire est effectué. Un professionnel de la santé examine alors la personne pour confirmer ses symptômes et pour les contextualiser, aide à isoler la personne et effectue un écouvillonnage nasopharyngé (de gorge).
- Un dépistage sentinelle, c'est-à-dire l'administration d'un test aux personnes asymptomatiques, peut être envisagé pour assurer une surveillance régulière de la présence de la COVID-19 chez les résidents d'un refuge ou au sein de la population des campements.
- Écouvillonnage : si possible, les résultats des écouvillonnages devraient être communiqués rapidement, soit en moins de 48 heures. Le recours aux tests rapides, lorsque faisables, devrait être envisagé.

Recommandations concernant le suivi et la gestion des contacts

- Surveillance par les autorités de la santé publique des résidents, du personnel et des visiteurs : dans la mesure du possible, lorsqu'il y a eu une exposition possible à la COVID-19, un système d'inscription de l'ensemble des résidents et des visiteurs qui entrent dans l'établissement devrait être utilisé. Les renseignements consignés devraient inclure le nom de la personne et ses coordonnées, lorsque ces renseignements sont disponibles.
- Assurer un suivi quotidien du nombre de résidents hébergés chaque nuit, de résidents qui ont des symptômes cliniques et de ceux qui ont été dirigés vers un site d'isolement pour être testés pour la COVID-19.
- Utiliser un système pour assurer le suivi de la section/de la cohorte/du lit (lorsque possible) attribué(e) à la personne afin de déterminer plus facilement quelles autres personnes pourraient avoir été exposées à une situation d'éclosion.
- Attribuer à chaque résident une couchette ou un espace où dormir et en assurer le suivi afin de faciliter le traçage des contacts si un résident est déclaré porteur de la COVID-19.

Références

1. Aubry T, Bloch G, Brcic V, Saad A, Magwood O, Abdalla T, et al. Effectiveness of permanent supportive housing and income assistance interventions for homeless individuals in high-income countries: a systematic review. *Lancet Public Health*. 2020 Jun 1;5(6):e342–60.
2. Munthe-Kaas HM, Berg RC, Blaasvær N. Effectiveness of interventions to reduce homelessness: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Syst Rev*. 2018;14(1):1–281.
3. Guhne U, Stein J, Weinmann S, Becker T, Riedel-Heller SG. [Housing Interventions in Severe Mental Illness - International Evidence from RCTs]. [German]. *Psychiatr Prax*. 2017 May;44(4):194–205.
4. Beaudoin I. Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique. *Drogue Santé Société*. 2016;14(2):43–69.
5. Bassuk EL, DeCandia CJ, Tsertsvadze A, Richard MK. The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review. [Review]. *J Orthopsychiatry*. 2014 Sep;84(5):457–74.
6. Ly A, Latimer E. Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2015 Nov;60(11):475–87.
7. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 2014 Oct 25;384(9953):1529–40.
8. Badiaga S, Raoult D, Brouqui P. Preventing and Controlling Emerging and Reemerging Transmissible Diseases in the Homeless. *Emerg Infect Dis*. 2008 Sep;14(9):1353–9.
9. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012 Nov;12(11):859–70.
10. Miyawaki A, Hasegawa K, Tsugawa Y. Lessons from Influenza Outbreaks for Potential Impact of COVID-19 Outbreak on Hospitalizations, Ventilator Use, and Mortality Among Homeless Persons in New York State. *J Gen Intern Med*. 2020 Sep 1;35(9):2781–3.
11. Leibler JH, León C, Cardoso LJP, Morris JC, Miller NS, Nguyen DD, et al. Prevalence and risk factors for MRSA nasal colonization among persons experiencing homelessness in Boston, MA. *J Med Microbiol*. 2017;66(8):1183–8.
12. Ottomeyer M, Graham CD, Legg AD, Cooper ES, Law CD, Molani M, et al. Prevalence of Nasal Colonization by Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Persons Using a Homeless Shelter in Kansas City. *Front Public Health* [Internet]. 2016 Oct 25 [cited 2020 Nov 17];4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5078475/>
13. Teatero S, McGeer A, Tyrrell GJ, Hoang L, Smadi H, Domingo M-C, et al. Canada-Wide Epidemic of emm74 Group A *Streptococcus* Invasive Disease. *Open Forum Infect Dis* [Internet]. 2018 Apr 20 [cited 2020 Nov 17];5(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5952926/>
14. Plevneshi A, Svoboda T, Armstrong I, Tyrrell GJ, Miranda A, Green K, et al. Population-Based Surveillance for Invasive Pneumococcal Disease in Homeless Adults in Toronto. *PLoS ONE* [Internet]. 2009 Sep 29 [cited 2020 Nov 17];4(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2749333/>
15. Bargh GJ, Hoch JS, Hwang SW, Speechley M, Willey BM, McGeer A. Group A streptococcal carriage among residents of an urban homeless shelter. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2007 Sep;18(5):316–7.
16. Hwang SW. Homelessness and health. *Can Med Assoc J*. 2001 Jan 23;164(2):229–33.
17. Lemay J-A, Ricketson LJ, Zwicker L, Kellner JD. Homelessness in Adults With Invasive Pneumococcal Disease in Calgary, Canada. *Open Forum Infect Dis* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2020 Nov 17];6(10). Available from: <https://academic.oup.com/ofid/article/6/10/ofz362/5550830>
18. Nardell E, McInnis B, Thomas B, Weidhaas S. Exogenous reinfection with tuberculosis in a shelter for the homeless. *N Engl J Med*. 1986 Dec 18;315(25):1570–5.
19. MacFadden DR, McGeer A, Athey T, Perusini S, Olsha R, Li A, et al. Use of Genome Sequencing to Define Institutional Influenza Outbreaks, Toronto, Ontario, Canada, 2014–15. *Emerg Infect Dis*. 2018 Mar;24(3):492–7.
20. Leclerc QJ, Fuller NM, Knight LE, Funk S, Knight GM. What settings have been linked to SARS-CoV-2 transmission clusters? *Wellcome Open Res* [Internet]. 2020 Jun 5 [cited 2020 Nov 17];5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7327724/>
21. Wang L, Ma H, Yiu KCY, Calzavara A, Landsman D, Luong L, et al. Heterogeneity in testing, diagnosis and outcome in SARS-CoV-2 infection across outbreak settings in the Greater Toronto Area, Canada: an observational study. *CMAJ Open*. 2020 Jan 10;8(4):E627–36.
22. Lee MH, Lee GA, Lee SH, Park Y-H. A systematic review on the causes of the transmission and control measures of outbreaks in long-term care facilities: Back to basics of infection control. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 Mar 10 [cited 2020 Nov 17];15(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7064182/>
23. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health*. 2020 Apr 1;5(4):e186–7.
24. Levin-Rector A, Nivin B, Yeung A, Fine AD, Greene SK. Building-level analyses to prospectively detect influenza outbreaks in long-term care facilities: New York City, 2013–2014. *AJIC Am J Infect Control*. 2015;43(8):839–43.
25. Estabrooks C, Straus S, Flood C, Keefe J, Armstrong P, Donner G, et al. Restoring trust: COVID-19 and the future of long-term care. *Royal Society of Canada*; 2020.
26. Gaetz SA. The state of homelessness in Canada 2013 [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 1]. Available from: <http://www.homelesshub.ca/ResourceFiles/SOHC2103.pdf>

27. Gaetz S, DeJ E, Richter T, Canadian Electronic Library (Firm). Homelessness Canada in the State of 2016 [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 1]. Available from: <http://www.deslibris.ca/ID/10065873>
28. Shapcott M. Framework for the Blueprint to End Homelessness in Toronto. Toronto, Ontario, Canada: Wellesley Institute; 2006.
29. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians | National Collaborating Centre for Determinants of Health [Internet]. Ottawa, Canada: National Collaborating Centre for Determinants of Health; 1974 [cited 2020 Dec 1]. Available from: <https://nccdh.ca/resources/entry/new-perspective-on-the-health-of-canadians>
30. Hancock T. Beyond health care: the other determinants of health. CMAJ Can Med Assoc J. 2017 Dec 18;189(50):E1571.
31. Adamo A, Klodawsky F, Aubry T, Hwang S. Ending Homelessness in Canada: A Study of 10-Year Plans in 4 Canadian Cities. 2016 Oct.
32. Swanson J, Sagaii S. A National Housing Strategy to Maintain Homelessness for Decades to Come. The Tyee [Internet]. 2017 Nov 30 [cited 2020 Nov 30]; Available from: <https://thetyee.ca/Opinion/2017/11/30/National-Housing-Strategy-Maintain-Homelessness-Decades-Come/>
33. Tedesco G. Housing Rights are Human Rights: Assessing the Potential for Progressive Policy Shifts in Canada's Housing System through the Right to Housing and the National Housing Strategy [Internet] [Thesis]. 2019 [cited 2020 Nov 30]. Available from: <https://macsphere.mcmaster.ca/handle/11375/24910>
34. Aubry T, Goering P, Veldhuizen S, Adair CE, Bourque J, Distasio J, et al. A Multiple-City RCT of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians With Serious Mental Illness. Psychiatr Serv Wash DC. 2016 Mar;67(3):275–81.
35. Hurlburt MS, Wood PA, Hough RL. Providing independent housing for the homeless mentally ill: A novel approach to evaluating long-term longitudinal housing patterns. J Community Psychol. 1996;24(3):291–310.
36. Gubits D, Shinn M, Wood M, Brown SR, Dastrup SR, Bell SH. What Interventions Work Best for Families Who Experience Homelessness? Impact Estimates from the Family Options Study. J Policy Anal Manag J Assoc Public Policy Anal Manag. 2018;37(4):735–66.
37. Martinez TE, Burt MR. Impact of Permanent Supportive Housing on the Use of Acute Care Health Services by Homeless Adults. Psychiatr Serv. 2006 Jul 1;57(7):992–9.
38. Cherner RA, Aubry T, Sylvestre J, Boyd R, Pettey D. Housing First for Adults with Problematic Substance Use. J Dual Diagn. 2017 Sep;13(3):219–29.
39. Hwang SW, Gogosis E, Chambers C, Dunn JR, Hoch JS, Aubry T. Health status, quality of life, residential stability, substance use, and health care utilization among adults applying to a supportive housing program. J Urban Health Bull N Y Acad Med. 2011 Dec;88(6):1076–90.
40. Lipton FR, Nutt S, Sabatini A. Housing the Homeless Mentally Ill: A Longitudinal Study of a Treatment Approach. Psychiatr Serv. 1988 Jan 1;39(1):40–5.
41. Rich AR, Clark C. Gender differences in response to homelessness services. Eval Program Plann. 2005 Feb 1;28(1):69–81.
42. Stefancic A, Tsemberis S. Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention. J Prim Prev. 2007 Jul 1;28(3):265–79.
43. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis 74. Am J Public Health. 2004 Apr;94(4):651–6.
44. McHugo GJ, Bebout RR, Harris M, Cleghorn S, Herring G, Xie H, et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. Schizophr Bull. 2004;30(4):969–82.
45. Goldfinger SM, Schutt RK, Tolomiczenko GS, Seidman L, Penk WE, Turner W, et al. Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness 412. Psychiatr Serv. 1999;50(5):674–9.
46. Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, Buchanan D. Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. JAMA. 2009 May 6;301(17):1771–8.
47. Siegel CE, Samuels J, Tang D-I, Berg I, Jones K, Hopper K. Tenant Outcomes in Supported Housing and Community Residences in New York City. Psychiatr Serv. 2006 Jul 1;57(7):982–91.
48. Young MS, Clark C, Moore K, Barrett B. Comparing Two Service Delivery Models for Homeless Individuals With Complex Behavioral Health Needs: Preliminary Data From Two SAMHSA Treatment for Homeless Studies. J Dual Diagn. 2009 Nov 24;5(3–4):287–304.
49. PhD MSY, PhD CC, PhD KM, BA BB. Comparing Two Service Delivery Models for Homeless Individuals With Complex Behavioral Health Needs: Preliminary Data From Two SAMHSA Treatment for Homeless Studies. J Dual Diagn. 2009 Nov 24;5(3–4):287–304.
50. Hwang SW. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. JAMA. 2000 Apr 26;283(16):2152–7.
51. Lewer D, Aldridge RW, Menezes D, Sawyer C, Zaninotto P, Dedicoat M, et al. Health-related quality of life and prevalence of six chronic diseases in homeless and housed people: a cross-sectional study in London and Birmingham, England. BMJ Open [Internet]. 2019 Apr 24 [cited 2019 Aug 2];9(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6501971/>
52. Meanwell E. Experiencing Homelessness: A Review of Recent Literature. Sociol Compass. 2012;6(1):72–85.
53. Hodgetts D, Radley A, Chamberlain K, Hodgetts A. Health inequalities and homelessness: considering material, spatial and relational dimensions. J Health Psychol. 2007 Sep;12(5):709–25.
54. Bramley G, Fitzpatrick S. Homelessness in the UK: who is most at risk? Hous Stud. 2018 Jan 2;33(1):96–116.
55. Fitzpatrick S, Bramley G, Johnsen S. Pathways into Multiple Exclusion Homelessness in Seven UK Cities. Urban Stud. 2013 Jan 1;50(1):148–68.

- 56.** Stergiopoulos V, Hwang SW, Gozdzik A, Nisenbaum R, Latimer E, Rabouin D, et al. Effect of scattered-site housing using rent supplements and intensive case management on housing stability among homeless adults with mental illness: a randomized trial. *JAMA*. 2015 Mar 3;313(9):905–15.
- 57.** Culhane DP, Metreaux S, Hadley T. Supportive housing for homeless people with severe mental illness. *LDI Issue Brief*. 2002 Feb;7(5):1–4.
- 58.** Gilmer TP, Manning WG, Ettner SL. A Cost Analysis of San Diego County's REACH Program for Homeless Persons. *Psychiatr Serv*. 2009 Apr 1;60(4):445–50.
- 59.** Tsemberis SJ, Moran L, Shinn M, Asmussen SM, Shern DL. Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: a drop-in center and a supported housing program. *Am J Community Psychol*. 2003 Dec;32(3–4):305–17.
- 60.** Stergiopoulos V, Mejia-Lancheros C, Nisenbaum R, Wang R, Lachaud J, O'Campo P, et al. Long-term effects of rent supplements and mental health support services on housing and health outcomes of homeless adults with mental illness: extension study of the At Home/Chez Soi randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019 Nov 1;6(11):915–25.
- 61.** Mares AS, Rosenheck RA. A comparison of treatment outcomes among chronically homeless adults receiving comprehensive housing and health care services versus usual local care. *Adm Policy Ment Health*. 2011 Nov;38(6):459–75.
- 62.** Gilmer TP, Stefancic A, Ettner SL, Manning WG, Tsemberis S. Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Jun;67(6):645–52.
- 63.** Hunter SB, Harvey M, Briscoe B, Cefalu M. Evaluation of Housing for Health Permanent Supportive Housing Program. 2017 Dec 5 [cited 2020 Nov 23]; Available from: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1694.html
- 64.** Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA J Am Med Assoc*. 2009 Apr 1;301(13):1349–57.
- 65.** Lenz-Rashid S. Supportive housing program for homeless families: Foster care outcomes and best practices. *Child Youth Serv Rev*. 2017 Aug 1;79:558–63.
- 66.** McLaughlin T. Using Common Themes: Cost-Effectiveness of Permanent Supported Housing for People With Mental Illness. *Res Soc Work Pract*. 2011 Jul 1;21:404–11.
- 67.** Schinka JA, Francis E, Hughes P, LaLone L, Flynn C. Comparative outcomes and costs of inpatient care and supportive housing for substance-dependent veterans. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1998 Jul;49(7):946–50.
- 68.** Srebnik D, Connor T, Sylla L. A pilot study of the impact of housing first-supported housing for intensive users of medical hospitalization and sobering services. *Am J Public Health*. 2013 Feb;103(2):316–21.
- 69.** Latimer EA, Rabouin D, Cao Z, Ly A, Powell G, Adair CE, et al. Cost-effectiveness of Housing First Intervention With Intensive Case Management Compared With Treatment as Usual for Homeless Adults With Mental Illness: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2019 02;2(8):e199782.
- 70.** Evans L, Klodawsky F. Homelessness on the Federal Agenda: Progressive Architecture but No Solution in Sight. In: Graham KAH, Andrew C, editors. *Canada in Cities: the Politics and Policy of Federal-Local Governance* [Internet]. Montreal and Kingston: McGill-Queens University Press; 2014 [cited 2020 Nov 30]. p. 75–101. Available from: https://www.academia.edu/10956155/Homelessness_on_the_Federal_Agenda_Progressive_Architecture_but_No_Solution_in_Sight
- 71.** Gaetz S. New Canadian Alliance to End Homelessness will make an impact! [Internet]. Homeless Hub. 2012 [cited 2020 Nov 30]. Available from: <https://homelesshub.ca/blog/new-canadian-alliance-end-homelessness-will-make-impact>
- 72.** CAEH. CAEH - Our Partners [Internet]. CAEH. [cited 2020 Nov 30]. Available from: <https://caeh.ca/our-partners/>
- 73.** Pomeroy S. Sustaining the Momentum: Recommendations for a National Action Plan on Housing and Homeless [Internet]. Ottawa, Ontario Canada: Federation of Canadian Municipalities; 2008 Jan [cited 2020 Nov 30]. Available from: https://data.fcm.ca/documents/reports/Sustaining_the_Momentum_Recommendations_for_a_National_Action_Plan_on_Housing_and_Homelessness_EN.pdf
- 74.** Hulchanski JD. Housing Policy for Tomorrow's Cities [Internet]. 2002 Dec [cited 2020 Nov 30] p. 40. (Discussion Paper). Available from: http://www.urbancentre.utoronto.ca/pdfs/researchassociates/Hulchanski_Housing-Policy-C.pdf
- 75.** Young M. Policy Brief: National Housing Strategy [Internet]. Ottawa, Canada: Broadbent Institute; 2019 Sep [cited 2020 Dec 1]. Available from: https://www.broadbentinstitute.ca/margotyoung/policy_brief_national_housing_strategy
- 76.** Government of Canada. Canada's First Ever National Housing Strategy [Internet]. A Place to Call Home. [cited 2020 Dec 1]. Available from: <https://www.placetocallhome.ca>
- 77.** Branch LS. National Housing Strategy Act [Internet]. S.C. 2019, c. 29, s. 313. Sect. 313 Jul 9, 2019. Available from: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/N-11.2/FullText.html>
- 78.** Swanson J, Sagaii S. A National Housing Strategy to Maintain Homelessness for Decades to Come. *The Tyee* [Internet]. 2017 Nov 30 [cited 2020 Nov 30]; Available from: <https://thetyee.ca/Opinion/2017/11/30/National-Housing-Strategy-Maintain-Homelessness-Decades-Come/>
- 79.** Pomeroy S. Making sense of the funding allocations in the National Housing Strategy [Internet]. Ottawa, Canada: Centre for Urban Research and Education (CURE); 2017 Nov. Report No.: #3. Available from: https://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjQz-SG867tAhUOGVkfHUqLDEcQFjAAegQlARAC&url=https%3A%2F%2Flibrary.carleton.ca%2Fpub%2F27765%2FCURE-Brief-9-Assessing-the-Funding-in-the-National-Housing-Strategy.pdf&usq=AOVvaw3fjxzb_ICo01VchUHw_6O6
- 80.** Giroux Y, Mahabir M, Segel-Brown B, Beauchamp N, Scrim J, Vanherweghem R. Federal Program Spending on Housing Affordability. Ottawa, Canada: Office of the Parliamentary Budget Officer; 2019 Jun.

- 81.** Canada Mortgage and Housing Corporation. Rapid Housing Initiative [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 2]. Available from: <https://www.cmhc-schl.gc.ca/en/nhs/rapid-housing-initiative>
- 82.** Canadian Centre for Economic Analysis, Canadian Urban Institute. Toronto Housing Market Analysis: From Insight to Action [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Aug 1] p. 57. Available from: <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ph/bgrd/backgroundfile-124480.pdf>
- 83.** Pomeroy S. Recovery for All: Proposals to Strengthen the National Housing Strategy and End Homelessness [Internet]. Ottawa, Ontario Canada: Canadian Alliance to End Homeless; 2020 Jul p. 37. Available from: <https://caeh.ca/wp-content/uploads/Recovery-for-All-Report-July-16-2020.pdf>84. Health spending | CIHI [Internet]. [cited 2020 Dec 2]. Available from: <https://www.cihi.ca/en/health-spending>85. Segel-Brown B. Personal Correspondence: RE: COVID / Homelessness Royal Society of Canada report: help with figures from PBO report Federal Program Spending on Housing Affordability. 2020.
- 86.** Employment and Social Development Canada. Evaluation of the Homelessness Partnering Strategy - Canada.ca [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 31]. Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:J5l6LyAKrhoJ:https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/reports/evaluations/homelessness-partnering-strategy.html+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ca>
- 87.** Gaetz SA. The state of homelessness in Canada 2013 [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 1]. Available from: <http://www.homelesshub.ca/ResourceFiles/SOHC2103.pdf>



RSC SRC

The Royal Society of Canada

282 Somerset Street West
Ottawa, Ontario K2P 0J6
www.rsc-src.ca
613-991-6990

La Société royale du Canada

282, rue Somerset ouest
Ottawa (Ontario) K2P 0J6
www.rsc-src.ca
613-991-6990