

Rapport sur les récits de vie de base

*Rapport écrit par Natasha Prévost pour l'étude en milieu rural
et Danielle Nolin pour le site de Moncton.*

*Entrevues réalisées et analyse effectuée pour l'étude en milieu rural par Linsay Flowers,
Danielle Nolin et Natasha Prévost.*

Pour le site de Moncton par Hélène Albert, Danielle Nolin et Lise Savoie.

Table des matières

Résumé (une page)	3
Résumé (trois pages)	4
I. Introduction	8
II. Contexte	8
a. Description du site	8
b. Caractéristiques de la situation d'itinérance.....	10
c. Description du "traitement usuel"	10
III. Méthodologie	11
a. Description de l'échantillon (données démographiques sur les personnes desquelles les informations ont été recueillies).....	111
b. Documentation des étapes méthodologiques décrites ci-dessus	112
c. Description du processus de codage / d'analyse	122
d. Description de la façon dont la qualité des données a été établie	13
IV. Résultats	13
a. Chemins menant à la perte du domicile et expériences d'itinérance.....	144
b. La vie à la rue / dans les refuges	20
c. Expériences en lien avec la santé mentale et les services qui y sont associés.....	277
V. Conclusion.....	31
a. Thèmes ou questions transversaux	31
b. Réflexions et leçons tirées.....	32
VI. Annexe A. Qualité et analyse des données	35

Rapport sur les récits de vie de base

Résumé (une page)

Dans le cadre du projet de recherche At Home/Chez soi, un volet est consacré à une recherche qualitative auprès d'une partie des participants du site de Moncton (21 sur 194) et de l'étude en milieu rural (22 sur 50) dans la région Sud-est du Nouveau-Brunswick. En tout, 43 participants, divisés également entre le groupe recevant les nouveaux services et celui recevant les services usuels, ont été interviewés, dont 19 femmes. Le récit de vie est l'approche qui a été choisie pour développer un guide d'entrevue semi-structuré pour documenter la vie des participants avant l'implantation des nouveaux services de logement et d'intervention personnalisée. Deux entrevues sont réalisées avec chaque participant, soit le récit de vie de base et une seconde entrevue 18 mois après. Dans ce rapport nous présentons les résultats de la première entrevue. Les thèmes abordés dans le guide d'entrevue sont a) les chemins menant à la perte du domicile et expériences d'itinérance, b) la vie dans la rue et dans les refuges et c) les expériences en lien avec la santé mentale et les services qui y sont associés. Ces thèmes ont été adaptés à la réalité de l'itinérance en milieu rural.

En milieu rural, l'itinérance est voilée, voire invisible. Plusieurs personnes dans des situations précaires de vie et vivant des problèmes de santé mentale se voient contraintes à quitter le milieu rural pour se rapprocher des services en milieu urbain. Elles deviennent alors des personnes itinérantes visibles. Dans plusieurs cas en milieu rural, ce sont les parents qui gardent les enfants qui vivent avec des problèmes de santé mentale. Peu de services sont en place pour leur venir en aide. Le manque de transport adéquat en milieu rural limite la possibilité d'accès aux services des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale. Lorsque les parents ne sont pas ou plus en mesure de garder leur enfant en milieu familial, deux options s'offrent à la personne vivant un milieu familial : trouver une maison de transition en milieu urbain ou une place dans un foyer de soins de longue durée en milieu rural. Dans le premier cas, la personne se retrouve loin de la communauté dans laquelle elle vivait et de ses parents. Dans le deuxième cas, la personne se retrouve avec des personnes âgées dans un endroit peu stimulant, mal adapté à ses besoins de santé mentale. Les coûts de logement et de services en foyer de soins de longue durée sont onéreux.

Contrairement au milieu rural, l'itinérance à Moncton est plus. Une des grandes particularités de Moncton est la ruralité francophone qui l'entoure. Pourtant, l'itinérance à Moncton semble se vivre en anglais. Bien que Moncton soit considérée comme une ville bilingue, les organismes communautaires de premières lignes utilisent surtout l'anglais pour offrir les services. Nous retrouvons donc des francophones qui n'ont pas les services communautaires dans leur langue maternelle. Autre élément important, les organismes communautaires qui offrent des services d'hébergement et de repas sont peu nombreux. La nuit, les itinérants se retrouvent dans les parcs, dormant sur les bancs ou dans les tunnels d'enfants pour être à l'abri des policiers. Le jour, on les voit parfois mendier dans la rue ou bien devant les organismes communautaires, attendant leur ouverture.

Les résultats de l'analyse de la première entrevue du récit de vie de base documentent l'histoire de logement des participants, leur situation de vie avant de recevoir les nouveaux services ou lors de l'entrevue, leurs expériences avec les services communautaires disponibles. Les thèmes touchent aussi leurs expériences liées à leur santé mentale et les services y étant associés, leur vision de l'avenir en termes de logement, mais aussi de rétablissement. Finalement les thèmes transversaux tels que les relations sociales, intimes, familiales, la parentalité, la consommation, la médication, l'employabilité, la prostitution, la géospatialité, les pratiques

alternatives de mieux-être et le rôle des aidants naturels sont aussi abordés. Les réalités sont aussi multiples que les individus participant au projet de recherche. Les chercheuses se sont appliquées à faire ressortir cette diversité.

Rapport sur les récits de vie de base

Résumé (trois pages)

Dans le cadre du projet de recherche At Home/Chez soi, un volet est consacré à une recherche qualitative auprès d'une partie des participants du site de Moncton et de l'étude en milieu rural. Le récit de vie est l'approche qui a été choisie pour développer un guide d'entrevue semi-structuré pour documenter la vie des participants avant l'implantation des nouveaux services de logement et d'intervention personnalisée. Deux entrevues sont réalisées avec chaque participant, soit le récit de vie de base et une seconde entrevue 18 mois après. Dans ce rapport nous présentons les résultats de la première entrevue. Les thèmes abordés dans le guide d'entrevue sont a) les chemins menant à la perte du domicile et expériences d'itinérance, b) la vie dans la rue et dans les refuges et c) les expériences en lien avec la santé mentale et les services qui y sont associés. Ces thèmes ont été adaptés à la réalité de l'itinérance en milieu rural.

En milieu rural, l'itinérance est voilée, voire invisible. Plusieurs personnes dans des situations précaires de vie et vivant des problèmes de santé mentale se voient contraintes à quitter le milieu rural pour se rapprocher des services en milieu urbain. Elles deviennent alors des personnes itinérantes visibles. Dans plusieurs cas en milieu rural, ce sont les parents qui gardent les enfants qui vivent avec des problèmes de santé mentale. Peu de services sont en place pour leur venir en aide. Le manque de transport adéquat en milieu rural limite la possibilité d'accès aux services des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale. Lorsque les parents ne sont pas ou plus en mesure de garder leur enfant en milieu familial, deux options s'offrent à la personne vivant un milieu familial : trouver une maison de transition en milieu urbain ou une place dans un foyer de soins de longue durée en milieu rural. Dans le premier cas, la personne se retrouve loin de la communauté dans laquelle elle vivait et de ses parents. Dans le deuxième cas, la personne se retrouve avec des personnes âgées dans un endroit peu stimulant, mal adapté à ses besoins de santé mentale. Les coûts de logement et de services en foyer de soins de longue durée sont onéreux.

Contrairement au milieu rural, l'itinérance à Moncton est davantage visible comme dans les autres milieux urbains. Une des grandes particularités de Moncton est la ruralité francophone qui l'entoure. Pourtant, l'itinérance à Moncton semble se vivre en anglais. Bien que Moncton soit considérée comme une ville bilingue, les organismes communautaires de premières lignes semblent utiliser l'anglais pour offrir les services. Nous retrouvons donc des francophones qui n'ont pas les services communautaires dans leur langue maternelle. Autre élément important, les organismes communautaires qui offrent des services d'hébergement et de repas sont peu nombreux. . La nuit, les itinérants se retrouvent dans les parcs, dormant sur les bancs ou dans les tunnels d'enfants pour être à l'abri des policiers. Le jour, on les voit parfois mendier dans la rue ou bien devant les organismes communautaires, attendant leur ouverture.

L'étude en milieu rural du projet de recherche At Home/Chez soi se situe géographiquement dans la région Sud-est du Nouveau-Brunswick. Le recrutement des participants s'est effectué à partir de l'identification de participants potentiels vivant avec des problèmes en santé mentale par l'équipe du Centre de santé mentale communautaire de Richibucto, des personnes bénévoles de Cap-Pelé, des travailleuses sociales du Centre de ressources et de crise familiale Beauséjour de Shédiac et des psychiatres de Moncton. Les participants potentiels devaient avoir reçu un diagnostic de trouble mental. Les troubles

recherchés étaient ceux de l'axe I du DSM-IV. Par souci de former un échantillon représentatif de la réalité de l'itinérance en milieu rural, 11 participants issus du milieu familial, 2 participants en situation de *couch surfing*, 4 participants qui vivaient en maisons de chambres, 5 participants en foyers de soins et 3 participants sans-abris ont été recrutés. Les 25 participants en milieu rural, dont 7 femmes, habitent entre les localités de Saint-Louis-de-Kent et de Cap-Pelé inclusivement. Le territoire couvert, en incluant les localités situées à l'intérieur des terres, est d'environ 140 kilomètres. Pour le groupe de comparaison, le personnel du Centre de santé mentale communautaire de Richibucto a fait le recrutement en pairage à partir de la liste de participants du groupe expérimental en tenant compte du sexe, de l'âge, de la situation de logement et du type de diagnostic (psychotique ou non). Les troubles de santé mentale recherchés étaient les mêmes que pour le groupe expérimental. En juin 2011, 25 participants, dont 7 femmes, formaient le groupe de comparaison. Dix participants qui demeuraient avec leur famille, 10 participants vivent en foyers de soins et 5 participants vivent en couple (1) ou seuls (4). Onze participants de chacun des groupes, dont 4 femmes pour le groupe expérimental et 5 femmes pour le groupe de comparaison, ont été recrutés pour les entrevues du récit.

En ce qui concerne Moncton, il s'agit de la plus grande ville du Nouveau-Brunswick. Le recrutement effectué pour le volet qualitatif s'est fait à partir de la base de données fournie par la personne responsable du terrain de l'équipe quantitative. Celui-ci s'est fait à partir des organismes communautaires, des milieux hospitaliers, des services en santé mentale déjà existants et d'autres organismes œuvrant dans le domaine de la santé. L'équipe quantitative a rencontré ces personnes pour s'assurer qu'elles rencontrent les critères de sélection soit : être âgé d'au moins 18 ans, n'avoir aucune personne sous sa responsabilité, avoir des problèmes de santé mentale, avoir vécu deux épisodes d'itinérance d'au moins sept jours consécutifs ou un épisode d'une durée d'un mois. Le *couch surfing*, c'est-à-dire en situation de logement précaire chez des parents, amis ou connaissances, est une situation d'itinérance également retenue aux fins de la recherche. Un questionnaire informatisé était alors administré par l'un des membres de l'équipe de recherche quantitative, permettant d'obtenir ces informations et de pouvoir ainsi informer le participant de son admissibilité au projet. Notons que l'assignation subséquente au groupe expérimental ou au groupe contrôle était aléatoire. Chacun des deux groupes, expérimental et contrôle, devait comprendre 100 personnes. En date du 22 août 2011, le groupe expérimental et le groupe contrôle comptent respectivement 99 et 95 personnes (suite à des décès et à des désistements).

Les deux éléments les plus importants pour le recrutement sur le plan qualitatif étaient de s'assurer de la diversité de la clientèle et que, en ce qui a trait aux personnes du groupe expérimental, l'entrevue ait lieu deux semaines après leur entrée en logement. En ce qui concerne la diversité, trois facteurs étaient considérés de façon prioritaire. Le premier concernait l'âge des participants. Nous voulions obtenir le plus large éventail possible. Nous avons donc recruté des personnes âgées de 19 à 62 ans. Le deuxième critère concernait la langue. Il est important de mentionner que le grand Moncton englobe les villes de Moncton, Dieppe et Riverview. Notons que la ville de Dieppe est considérée comme le bassin francophone de cette agglomération. Nous avons donc recruté 8 participants francophones et 12 participants anglophones. Enfin, le troisième facteur concernait le sexe. Nous avons, pour le site de Moncton, un total de 11 participants dans le groupe expérimental, soit 6 femmes et 5 hommes, et un total de 9 pour le groupe contrôle, 5 hommes et 4 femmes, qui ont été retenus pour les entrevues du récit.

Les résultats de l'analyse des entrevues du récit de base des participants vivant en milieu rural et en milieu urbain pour la section sur les chemins menant à la perte du domicile et les expériences en milieu familial, en foyers de soins et d'itinérance sont nombreux. Plusieurs de nos

participants ont vécu en appartement seuls, en couple, en colocation, avec leur famille, en maison de transition, en logement social, en foyer de soins, dans une roulotte, dans une maison. Certains ont eu des périodes dans des maisons pour femmes victimes d'abus, dans des centres de réhabilitation, dans des refuges, en prison et à l'hôpital. La trajectoire de vie en logement de nos participants est assez sinueuse et ponctuée de moments de perte d'autonomie liée à des problèmes en santé mentale ou de consommation, à des ruptures amoureuses, à la violence conjugale, aux problèmes familiaux, de décès de personnes chères. Les problèmes en santé mentale sont parfois la raison donnée par les participants pour leur déménagement et la perte de logement, par exemple lors d'une longue hospitalisation, ou à la suite de la perte d'un emploi.

Les résultats de l'analyse des entrevues du récit de base pour la section du guide sur la vie dans la maison familiale, les foyers de soins, à la rue et dans les refuges ont été analysés surtout à partir de la question de la description d'une journée typique. La description varie d'un participant à l'autre, mais on trouve des similitudes dans le cas de la description des jeunes qui se sentent sans perspective future et disent ne pas faire beaucoup ou ne rien faire. Les participants qui ont choisi de nous raconter une journée typique de consommation le font de façon similaire, la consommation se limite d'abord aux fins de semaine pour ensuite prendre le contrôle de leur vie. La vie dans les foyers de soins est décrite comme une vie monotone, apathique où les participants ne se sentent pas à leur place. Le thème de l'errance est tout aussi présent chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes, la prostitution est un moyen pour se procurer de la drogue, de la nourriture, etc.

On remarque que les participants du groupe expérimental parlent très peu des services reçus et de la qualité de ceux-ci alors que le groupe de comparaison s'exprime beaucoup plus sur cette question. Les participants du groupe de comparaison en milieu rural expriment la chance qu'ils ont d'avoir la visite d'une intervenante communautaire, d'une infirmière et d'une femme de ménage. L'aide à domicile est particulièrement appréciée. Les participants qui ont moins ou pas accès à ces visites soulignent le manque de services, de groupe de soutien, d'activités et de travail en milieu rural. À Moncton, de façon générale, les participants sont satisfaits des services communautaires reçus. Ils fréquentent les centres d'hébergement, les soupes populaires, les banques alimentaires, le YMCA, les centres pour personnes handicapées, les groupes de soutien comme les alcooliques anonymes, les groupes religieux ou ont fait appel au centre de crises, ont vécu en maison de transition pour femmes victimes de violence, etc. Tout comme en milieu rural, certains participants montrent beaucoup d'appréciation, alors que d'autres fréquentent peu les services communautaires et semblent être plus isolés ou se sentent stigmatisés par le fait de devoir recourir à ces services.

Les résultats de l'analyse des entrevues du récit de base pour la section du guide sur les expériences en lien avec la santé mentale et les services qui y sont associés nous montrent que certains des participants ont commencé très jeunes à identifier des comportements ou des attitudes qui leur semblaient anormaux. Toutefois, plusieurs d'entre eux ont vécu des changements majeurs à l'adolescence où les symptômes se sont aggravés.

Les expériences en lien avec la santé mentale et les services dépendent grandement de la trajectoire de vie et de la situation des participants avant d'entrer dans le projet Chez Soi. Deux éléments ressortent de façon marquée des récits de vie. Le premier élément a trait à l'établissement d'une relation empathique avec un professionnel. Les participants qui ont une bonne relation, qui sont écoutés, compris, respectés ont tendance à se référer spécifiquement à cette personne pour décrire une expérience plus générale. Le second a trait à une relation difficile avec leur psychiatre. Ils déplorent le manque d'informations et le peu de temps que leur consacre le psychiatre pour leur expliquer leur problème de santé mentale. Ils ont souvent l'impression de

ne pas être traités comme des humains. Ils ont besoin de sentir qu'il y a une reprise du pouvoir de la personne. Comme ils le mentionnent, après tout, ce sont eux les experts. Ce sont eux qui vivent avec le problème de maladie mentale et les effets secondaires de leur médication. Ils se sentent diminués et jugés. Ce que les participants trouvent le plus difficile est le changement de médication, suite à un changement de diagnostic, suite à un changement de psychiatre.

Le soutien qui s'avère le plus important dans leurs vies provient des membres de la famille et d'autres proches. Ces relations sont primordiales dans le maintien de la qualité de vie des participants. Les parents, l'ami de cœur, le frère, la sœur, la nièce, lorsque la relation est bonne, sont la forme de soutien la plus importante pour les participants. Si les services de l'équipe TCD permettent aux aidants naturels d'avoir un peu plus de temps pour eux-mêmes, ils continuent d'être présents dans la vie des participants, mais ont maintenant l'occasion d'avoir plus de temps de qualité ensemble.

Rapport sur les récits de vie de base

I. Introduction

Avec une population d'environ 130,000 personnes, le site Moncton se trouve à être la plus petite ville participant au projet de recherche At Home/Chez soi. La taille de la ville de Moncton reflète la population moyenne des villes canadiennes. L'étude en milieu rural est le seul volet qui touche la réalité de l'itinérance à l'extérieur des grands centres urbains. Tout comme pour la taille de Moncton, la ruralité continue d'être ce qui définit en grande partie le territoire canadien. De plus, nous savons que peu de services sont offerts en milieu rural et que les distances à parcourir sont grandes pour joindre ces services, souvent situés dans les agglomérations plus peuplées. Pour ces raisons, nous croyons qu'il est important de valoriser l'étude en milieu rural puisqu'elle reflète une réalité partagée dans l'ensemble du Canada. Nous avons choisi de présenter d'abord l'étude en milieu rural, pour ensuite présenter la description et des résultats de la ville de Moncton.

L'entrevue du récit de vie de base a été conçue par l'équipe nationale qui travaille au volet qualitatif de la recherche At Home/Chez Soi. Le guide d'entrevue permet de recueillir les expériences vécues, les perceptions et les sentiments des participants au projet de recherche sur des thèmes liés à l'implantation de nouveaux services aux participants recrutés, soit un logement et un suivi individualisé par une équipe pluridisciplinaire se rendant à domicile. Deux entrevues sur le récit de vie ont été prévues. La première, dont les résultats sont rapportés dans ce rapport, vise à documenter dans un premier temps, la situation des participants avant leur entrée dans le projet de recherche par rapport à leurs expériences en matière de logement et d'itinérance. Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés à leurs expériences en terme de services communautaires liés à la situation précaire des participants. Dans un troisième temps, nous avons exploré la question de la santé mentale, les expériences liées au problème de santé mentale vécues par les participants et des services qui y sont associés.

La première entrevue du récit de vie a été réalisée suivant le recrutement des participants et leur assignation à un logement et aux services individualisés (groupe expérimental) ou à la réception des services usuels (groupe de comparaison) à partir de novembre 2009 jusqu'au mois d'avril 2011. Nous réaliserons une seconde entrevue 18 mois après la première rencontre dans le but de documenter les expériences vécues, les perceptions et les sentiments des participants faisant partie des groupes expérimental et de comparaison.

II. Contexte

a. Description du site

L'étude en milieu rural se situe géographiquement dans la région Sud-est du Nouveau-Brunswick. Elle ne comportait pas de groupe de comparaison dans son devis de recherche initial. Le recrutement des participants s'est effectué à partir de l'identification de participants potentiels vivant avec des problèmes en santé mentale par l'équipe du Centre de santé mentale communautaire de Richibucto, des personnes bénévoles de Cap-Pelé, des travailleuses sociales du Centre de ressources et de crise familiale Beauséjour de Shédiac et des psychiatres de Moncton. Les participants potentiels devaient avoir reçu un diagnostic de trouble mental. Les troubles recherchés étaient ceux de l'axe I du DSM-IV. Lorsque le participant potentiel n'avait pas obtenu un diagnostic, une infirmière du Centre de santé mentale communautaire rencontrait le participant pour réaliser une évaluation PEU (Point d'entrée unique), qui sert à établir, en partie, si le client est admissible pour les soins de longue durée. Ensuite, par souci de former un

échantillon représentatif de la réalité de l'itinérance en milieu rural, 11 participants issus du milieu familial, 2 participants en situation de *couch surfing*, 4 participants qui vivaient en maisons de chambres, 5 participants en foyers de soins et 3 participants sans-abris ont été recrutés. Les 25 participants en milieu rural habitent entre les localités de Saint-Louis-de-Kent et de Cap-Pelé. Le territoire couvert, en incluant les localités situées à l'intérieur des terres, est d'environ 140 kilomètres.

En ce qui concerne Moncton, il s'agit de la plus grande ville du Nouveau-Brunswick avec une population d'environ 130,000 personnes (incluant les villes de Dieppe et de Riverview). Bien qu'elle ne soit pas aussi grande que les autres villes faisant partie du projet de recherche, soit Montréal, Winnipeg, Toronto et Vancouver, elle affiche tout de même un taux de croissance parmi les plus élevés au Canada (i.e., une augmentation de la population de 6.5% entre 2001 et 2006).

Le recrutement que nous avons effectué pour le volet qualitatif s'est fait à partir de la base de données fournie par T. Monger, coordonnatrice de terrain de l'équipe quantitative. Les références provenaient des organismes communautaires, des milieux hospitaliers, des services en santé mentale déjà existants et d'autres organismes œuvrant dans le domaine de la santé. L'équipe a rencontré ces personnes pour s'assurer qu'elles rencontrent les critères de sélection soit : être âgé d'au moins 18 ans, n'avoir aucune personne sous sa responsabilité, avoir des problèmes de santé mentale, avoir vécu deux épisodes d'itinérance d'au moins sept jours consécutifs ou une épisode d'une durée d'un mois. Notons que le *couch surfing*, c'est-à-dire en situation de logement précaire chez des parents, amis ou connaissances, est une situation également retenue aux fins de la recherche. Un questionnaire informatisé était alors administré par l'un des membres de l'équipe de recherche quantitative, permettant d'obtenir ces informations et de pouvoir ainsi informer le participant de son admissibilité au projet. Notons que l'assignation subséquente au groupe expérimental ou au groupe contrôle était aléatoire. Chacun des deux groupes, expérimental et contrôle, devait comprendre 100 personnes. En date du 22 août 2011, le groupe expérimental et le groupe contrôle comptent respectivement 99 et 95 personnes (suite à des décès et à des désistements).

À partir de cette liste mise à jour à chaque mois, une rencontre entre D. Nolin et H. Albert de l'équipe qualitative a eu lieu chaque mois afin de déterminer le recrutement des personnes avec qui seraient menées les entrevues. Les deux éléments les plus importants pour le recrutement étaient de s'assurer de la diversité des participantes et participants et que, en ce qui a trait aux personnes du groupe expérimental, l'entrevue ait lieu deux semaines après leur entrée en logement. En ce qui concerne la diversité, trois facteurs étaient considérés de façon prioritaire. Le premier concernait l'âge des participants. Nous voulions obtenir le plus large éventail possible. Nous avons donc recruté des personnes âgées de 19 ans à 62 ans. Le deuxième critère concernait la langue. Il est important de mentionner que le grand Moncton englobe les villes de Moncton, Dieppe et Riverview. Notons que la ville de Dieppe est considérée comme le bassin francophone de cette agglomération. Nous avons donc recruté 8 participants francophones et 12 participants anglophones. Enfin, le troisième facteur concernait le sexe. Nous avons choisi 10 hommes et dix femmes. Il importe de noter qu'au départ nous avons recruté 10 personnes dans le groupe expérimental et 10 personnes dans le groupe de comparaison. Puis, lors d'une réunion de recherche qualitative nationale, il a été question d'augmenter le nombre d'entrevues en vue de possibles désistements. Toutefois, à la réunion suivante, cette option n'a pas été retenue. Entretemps, nous avons tout de même recruté une autre personne dans le groupe expérimental. Par la suite, une personne du groupe de comparaison s'est désistée suite à l'entrevue et l'équipe qualitative n'a pas été mise au courant. Nous nous retrouvons donc avec un total de 11

participants dans le groupe expérimental, soit 5 femmes et 5 hommes, et un total de 9 pour le groupe de comparaison, 5 hommes et 4 femmes.

b. Caractéristiques de la situation d'itinérance

En milieu rural, l'itinérance est voilée, voire invisible. Plusieurs personnes dans des situations précaires de vie et vivant des problèmes de santé mentale se voient contraintes à quitter le milieu rural pour se rapprocher des services en milieu urbain. Elles deviennent alors des personnes itinérantes visibles. Dans plusieurs cas en milieu rural, ce sont les parents qui gardent les enfants qui vivent avec des problèmes de santé mentale. Ils se retrouvent souvent eux-mêmes aux prises avec des problèmes de santé mentale du fait d'une situation difficile en milieu familial. Peu de services sont en place pour leur venir en aide. Le manque de transport adéquat en milieu rural limite la possibilité d'accès aux services des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale. Lorsque les parents ne sont pas ou plus en mesure de garder leur enfant à la maison, deux options s'offrent à la personne vivant un milieu familial : trouver une maison de transition en milieu urbain ou une place dans un foyer de soins de longue durée en milieu rural. Dans le premier cas, la personne se retrouve loin de la communauté dans laquelle elle vivait et de ses parents, lorsque ce n'est pas toute la famille qui se déracine pour se rapprocher des services en milieu urbain. Ensuite, une fois en ville, l'accès au logement, à des services adéquats, à l'emploi ne va pas nécessairement de soi et la situation précaire se poursuit souvent. Dans le deuxième cas, la personne se retrouve avec des personnes âgées dans un endroit peu stimulant, mal adapté à ses besoins de santé mentale. Les coûts de logement et de services en foyer de soins de longue durée sont onéreux.

Contrairement au milieu rural, l'itinérance à Moncton est visible comme dans les autres milieux urbains. Une des grandes particularités de Moncton est la ruralité francophone qui l'entoure. Pourtant, l'itinérance à Moncton semble se vivre en anglais. Bien que Moncton soit considérée comme une ville bilingue, les organismes communautaires de premières lignes utilisent souvent l'anglais pour offrir les services. Nous retrouvons donc des francophones qui n'ont pas les services communautaires dans leur langue maternelle. Autre élément important, les organismes communautaires qui offrent des services d'hébergement et de repas sont peu nombreux. La nuit, les itinérants se retrouvent dans les parcs, dormant sur les bancs ou dans les tunnels d'enfants pour être à l'abri des policiers. Le jour, on les voit parfois mendier dans la rue ou bien devant les organismes communautaires, attendant leur ouverture.

c. Description du "traitement usuel"

En janvier 2011, il a été décidé qu'un groupe de comparaison serait souhaitable en milieu rural. Cette fois, seulement le personnel du Centre de santé mentale communautaire de Richibucto a fait le recrutement en pairage, basé sur le sexe, l'âge, la situation de logement et le type de diagnostic (psychotique ou non). En mai 2011, 25 participants potentiels avaient été identifiés, dont 10 participants issus du milieu familial, 10 participants vivant en foyers de soins et 5 participants vivant en couple (1) ou seuls (4). Des 25 participants du groupe de comparaison, 11 ont été retenus pour le volet qualitatif dont 5 femmes. Nous avons jumelé les participants du groupe de comparaison aux 11 participants du groupe expérimental en retenant une femme de plus. Les services en milieu rural sont pratiquement inexistantes. Les services en place sont les mêmes qui nous réfèrent des participants soit l'équipe du Centre de santé mentale communautaire de Richibucto, des personnes bénévoles de Cap-Pelé, des travailleuses sociales du Centre de ressources et de crise familiale Beauséjour de Shédiac et des psychiatres de Moncton. Pour plusieurs certains services se trouvent seulement à Moncton. Pour les personnes habitant de

petites communautés reculées, sans moyen de transport, il est impossible d'avoir accès aux services.

Au départ du volet qualitatif de Moncton, 10 participants ont été sélectionnés à partir des 100 participants recrutés par l'équipe de recherche quantitative. Le recrutement s'est effectué de novembre 2009 à avril 2010 à raison d'une à deux personnes par mois. Certains habitent chez de la famille, d'autres dans des chambres avec cuisine et salle de bain en commun tandis que d'autres vivent dans la rue ou en colocation.

III. Méthodologie

a. Description de l'échantillon (données démographiques sur les personnes desquelles les informations ont été recueillies)

Les participants du groupe expérimental sont d'origines acadiennes, la majorité est bilingue, à l'exception d'une participante qui préférait s'exprimer en anglais. Pour le groupe de comparaison, la majorité est d'origine acadienne, la majorité est bilingue, deux participants sont d'origine Mi'kmaq et deux participants préféraient communiquer en anglais. Onze participants de chacun des groupes, dont 4 femmes pour le groupe expérimental et 5 femmes pour le groupe de comparaison, ont été recrutés pour les entrevues du récit de vie de base.

Au moment du recrutement de l'échantillon pour la ville de Moncton, 4 participants vivaient en colocation dans un contexte où la violence et la consommation faisaient partie du quotidien. Cinq des participants vivaient dans des chambres avec salle de bain commune, 2 participants vivaient chez de la famille, 8 personnes habitaient dans la rue ou faisaient ce que l'on appelle du *couch surfing* c'est-à-dire en situation de logement précaire chez des parents, amis ou connaissances. Enfin, une personne vivait en foyer de soins. Contrairement au milieu rural, la majorité des personnes, autant dans le groupe expérimental que le groupe de comparaison, ne sont pas acadiennes. Elles proviennent de différents milieux et se sont retrouvées dans la région de Moncton par hasard ou pour le travail dans le passé. Toutefois, les participants francophones sont bilingues tandis que les participants anglophones ne parlent que leur langue maternelle.

b. Documentation des étapes méthodologiques décrites ci-dessus

En milieu rural, 11 participants ont été choisis par la coordonnatrice N. Prévost pour réaliser les entrevues du récit de vie. N. Prévost a choisi les participants après le recrutement de façon à rendre compte de la diversité par rapport à leur situation de logement lors de leur entrée dans le projet de recherche Chez Soi, de l'âge, du sexe et de l'endroit de résidence. Pour le groupe de comparaison, les 11 participants ont été choisis à partir du pairage préalablement fait par le personnel du Centre de santé mentale communautaire de Richibucto. Les entrevues des participants du groupe expérimental ont été réalisées à la résidence du participant. Étant donné les longues distances à parcourir et le peu d'endroits à proximité propices pour réaliser une entrevue, il était plus simple de demander au participant s'il était possible de le rencontrer à sa résidence. Les intervieweuses se rendaient aux entrevues à deux ou seules. Le groupe de comparaison ayant débuté en milieu rural à la fin du mois de mai 2011, l'assistante de recherche L. Flowers a réalisé toutes les entrevues avec les 11 participants du groupe de comparaison. L. Flowers a été accompagnée par une infirmière ou une intervenante communautaire du Centre de santé mentale communautaire de Richibucto lorsque le participant en avait fait la demande. Un espace avait aussi été assigné au Centre dans le cas où le participant vivait dans un foyer de soins dont les propriétaires n'étaient pas sympathiques au projet.

Le repérage des personnes pour Moncton a eu lieu une fois par mois à raison de quatre personnes sélectionnées à la fois. Notre perspective était de rencontrer deux personnes du groupe expérimental et deux personnes du groupe de comparaison. Nous avons procédé ainsi jusqu'à l'obtention des 20 participants. Nous avons débuté en décembre 2009 et terminé en décembre 2010. Il y a eu une période d'arrêt du recrutement durant la période estivale à la demande de l'équipe TCD.

D. Nolin et H. Albert ont effectué les premières entrevues ensemble afin de mieux comprendre et de mieux s'approprier le questionnaire. Par la suite, elles ont formé deux équipes pour faire les entrevues d'une durée d'une heure à une heure et demie. Les rencontres entre les chercheurs et les participants ont eu lieu dans des cafés ou au bureau de l'équipe TCD. Il est à noter que, malgré le désir de former des équipes de deux personnes pour cette partie du travail, il a été difficile de recruter des personnes pour l'accompagnement. Également, la partie de la transcription des verbatim a été difficile étant donné le manque de personnes disponibles capables de maîtriser les deux langues.

c. Description du processus de codage / d'analyse

En ce qui a trait au processus de codage, l'équipe du projet rural, L. Flowers, D. Nolin et N. Prévost ont d'abord lu toutes les transcriptions en effectuant une codification des thèmes abordés lors des entrevues et des thèmes émergents. Le guide d'entrevue semi-structuré du récit de vie permettait de repérer facilement les passages qui étaient liés aux différents thèmes abordés lors de l'entrevue et qui se trouvent ici à la section IV des résultats. Tous les passages identifiés par les membres de l'équipe du projet rural lors de la codification ont été retenus, à l'exception de quelques passages qui avaient été mal interprétés et dont deux des trois coéquipières avaient interprété la même chose. Les membres de l'équipe se sont rencontrés une fois par semaine à partir du début d'octobre 2010 à la fin décembre 2010 pour discuter ensemble de leur codification respective pour la majorité des entrevues. Les questions en milieu rural ont été adaptées à la réalité des participants qui vivaient préalablement en milieu familial, en foyer de soins, en maisons de chambres ou qui faisaient du *couch surfing*. La codification est qualifiée de libre dans le sens où l'équipe cherchait aussi les thèmes émergents, autres que les thèmes déjà identifiés dans le questionnaire. L'intérêt pour l'équipe d'identifier ces passages réside dans l'importance de couvrir ces nouveaux thèmes dans la deuxième entrevue du récit après 18 mois, tout autant que de les partager avec les collègues au niveau national pour voir si certains thèmes émergents sont seulement liés au projet rural, ou si d'autres sites ont identifié ces mêmes thèmes.

Lors d'une rencontre de l'équipe de recherche Moncton/Rural à l'automne 2010, H. Albert a fortement suggéré que l'équipe qualitative utilise un logiciel pour faire l'analyse des récits de vie sur la base du nombre relativement élevé des entrevues. N. Prévost a choisi le logiciel libre *Transana* d'analyse de données qualitatives parce que la version choisie permettait à toutes les chercheuses et assistantes de recherche impliquées de travailler sur la même base de données simultanément et de voir les modifications enregistrées et mises à jour automatiquement. L'équipe de recherche du volet rural a d'abord poursuivi la codification manuellement et fit le transfert dans le logiciel une fois celui-ci prêt à être utilisé. Une fois arrivé à l'étape de l'analyse, le logiciel générait un rapport pour chacun des thèmes pour tous les participants, incluant les verbatim ce qui, ultimement, a fait économiser un temps considérable à l'équipe.

En ce qui a trait à l'analyse, l'équipe a simplement rendu compte de ce qui se trouvait dans les verbatim pour chacun des thèmes établis. L'équipe a aussi identifié les thèmes transversaux et émergents autres que les thèmes couverts par les questions du questionnaire. L'équipe envisage d'analyser les données à partir d'autres approches pour les faire parler

autrement et exploiter leur richesse plus en profondeur, en offrant cette avenue aux collègues des autres sites.

Pour Moncton, toutes les entrevues ont été conduites par D. Nolin et H. Albert. Ce sont les mêmes chercheuses qui ont pris en charge le processus de codage et d'analyse. Pour la mise en forme des données, nous avons opté pour la mise en place de fiches synthèses. Ce modèle avait été proposé lors d'une conférence téléphonique nationale par l'équipe de Montréal. À partir de ce modèle, nous avons restructuré le contenu des entretiens afin d'en extraire le maximum de données possible. La première composante de la fiche synthèse est un résumé chronologique de l'histoire de vie du participant, suivie des états chronologiques du participant qui ont conduit à la maladie mentale et à l'itinérance ainsi que les services utilisés jusqu'à aujourd'hui. Y est également répertorié, chronologiquement toujours, le contexte de logement et d'itinérance. Ensuite, il y est répertorié l'utilisation des services communautaires, que ce soit une soupe populaire, un centre d'hébergement ou tout autre service utilisé dans la communauté. Il en va de même avec les services utilisés en santé mentale, c'est-à-dire psychiatre, centre de jour, hospitalisation et travailleurs sociaux. Nous y faisons également ressortir les emplois que le participant a pu occuper ainsi que les relations amicales, amoureuses et familiales qu'il a eues tout au long de son histoire de vie. Nous dressons finalement le portrait d'une journée typique en contexte d'itinérance ainsi que le chemin du rétablissement et la vision du futur portée par le participant. À partir de ces fiches synthèses, les chercheuses D. Nolin, H. Albert et L. Savoie, qui a rejoint l'équipe pour cette partie, ont été en mesure de procéder à l'analyse des données selon les critères établis par la direction nationale de la recherche.

d. Description de la façon dont la qualité des données a été établie

L'évaluation de la qualité des données a été réalisée par L. Savoie, chercheuse dans le projet chez-soi. L. Savoie avait été présente depuis le début avec l'équipe qualitative. Elle était donc au courant des choix particuliers de Moncton, notamment le fait qu'un volet rural s'était ajouté. De plus, elle avait participé à la construction du questionnaire pour l'entrevue narrative avec l'équipe qualitative élaborée conjointement par les cinq sites officiels. Nous lui avons donc remis trois entrevues audio ainsi que les verbatim s'y rattachant. La sélection s'est faite à partir de notre échantillon initial, c'est-à-dire un participant du groupe expérimental de Moncton, un participant du groupe de comparaison de Moncton et un participant du groupe expérimental rural. Notons qu'au moment de l'évaluation de la qualité des données demandée par le volet national, le groupe de comparaison rural n'était pas encore constitué. L. Savoie a répondu à la liste de contrôle de la qualité des entrevues narratives fournie par l'équipe qualitative nationale. Dans un premier temps, elle a écouté les bandes audios et vérifié la fidélité des verbatims. Dans un deuxième temps, elle a également vérifié le questionnaire avec la bande audio ainsi que la qualité des entretiens au niveau du respect et de l'intégrité du participant.

IV. Résultats

Lorsque l'analyse des récits de vie de base du groupe de comparaison en milieu rural s'est faite en juillet 2011, l'analyse du groupe expérimental en milieu rural et la rédaction des résultats étaient déjà terminées. De façon générale, l'analyse du groupe expérimental est similaire à celle du groupe de comparaison dans le milieu rural. Nous soulignerons dans la section du groupe de comparaison en milieu rural les résultats de l'analyse qui sont similaires et qui diffèrent d'avec le groupe expérimental en milieu rural.

L'équipe de recherche qualitative de Moncton a choisi de rendre ses résultats de recherche en identifiant au départ s'il s'agit d'hommes ou de femmes et dans quel groupe les

participants se situent, soit expérimental ou contrôle, pour mettre en évidence les spécificités de leurs différents parcours.

a. Chemins menant à la perte du domicile et expériences d'itinérance

Groupe expérimental en milieu rural

À l'exception de deux participants qui ont habité pendant plusieurs années au même endroit, la majorité a souvent déménagé. En contexte rural, les participants ont souvent fait des tentatives pour habiter à Moncton qui se sont terminées par un retour à la maison familiale ou la demande de placement en foyer de soins. Certains désiraient poursuivre leurs études ou travailler en ville. *Ben j'étais intéressé dans les études, j'allais augmenter mes notes de secondaire avec des cours par correspondance que j'allais faire à l'appartement (PR4) La première fois j'ai déménagé, je crois j'avais 21 ou 22, j'ai déménagé pour aller à l'université (PR26).* Plusieurs de nos participants ont vécu en appartement seuls, en couple, en colocation, avec leur famille, en maison de transition, en logement social, en foyer de soins, dans une roulotte, dans une maison. Certains ont eu des périodes dans des maisons pour femmes victimes d'abus, dans des centres de réhabilitation, dans des refuges, en prison et à l'hôpital.

Les problèmes en santé mentale sont parfois la raison donnée par les participants pour leur déménagement et la perte de logement, par exemple lors d'une longue hospitalisation, ou à la suite de la perte d'un emploi. *Après mon hospitalisation, j'ai resté chez mes parents jusqu'à temps que j'déménage ici (PR4). Non, y m'avont kické out, c'est parce que j'avais manqué une rent ou quelque chose là. J'avais pas assez d'argent ou j'ai perdu ma job au Dickens, c'est un autre perte de job, une autre maladie mentale scénario (PR7).*

Pour plusieurs autres, la raison première donnée pour la perte d'un logement est la consommation. Dans ces cas, la santé mentale n'est pas du tout mentionnée. *When I had the trailer, people started to come over and it turned into a crack house basically, there was no other words to describe it (PR15). T'sais là, pis à cause de la boisson j'ai tout perdu. J'ai perdu mes homes, j'ai perdu le respect de ma famille, j'ai perdu la trust, j'ai perdu ma petite femme (PR17). Parce que je faisais des drogues dans ce temps-là, ça workait pas. Là j'ai été au Portage pendant 4 jours de temps. C'est comme un rehab pour les jeunes (PR2).* De plus, plusieurs participants qui consommaient se sont retrouvés en colocation et en couple avec des revendeurs de drogue, un participant préparait le crack ou récoltait de la marijuana à l'automne pour un revendeur.

Deux participantes plus âgées identifient la rupture d'une relation amoureuse comme l'évènement déclencheur. *When we separated I kinda took the wrong road in life. I got addicted to drugs (...) I bought a trailer in Barachois and that's where everything started to go downhill, like people were coming over, I never tried drugs until I was 35 years old so it was kind of late in life (PR15). Il me croyait pas ben j'avais pas d'argent pour payer le bill de téléphone pis j'avais pas d'argent pour payer le bill d'électricité pis j'avais pas d'argent pour mettre de l'huile dans le tank non plus, il a pas voulu m'aider pis il aurait pu (...) je m'en ai venu une soirée de St. Louis pis il y avait rien, j'étais dehors, lui avait pris les enfants pis il est allé chez ses parents (PR25).* Pour elle, la cause de sa précarité domiciliaire s'explique par la violence conjugale qu'elle subissait. *J'ai tout le temps eu des partenaires violents (...) ils s'enrageaient après moi pis me garochaient dehors (PR25).*

Les participants qui ont vécu en foyers de soins ont entre 25 et 65 ans. Une des raisons pour laquelle ils vivaient dans un foyer de soins était qu'ils avaient été hospitalisés et qu'à la sortie de l'hôpital, ils ne se sentaient pas suffisamment bien pour habiter seuls. *Well à l'hôpital ils m'ont demandé «qu'est-ce que tu veux faire ?», j'ai dit je veux arrêter de travailler, j'étais vraiment battu là, j'avais pas la santé pour (PR19).* Pour d'autres, le foyer de soins semblait leur

avoir été attribué par un professionnel de la santé parce qu'une expérience préalable en maison de transition ne s'était pas bien déroulée ou alors, il n'y avait pas de place au moment où ils avaient besoin d'un logement. Les participants ne se sentaient pas à leur place en foyer de soins, incluant la personne plus âgée qui avait vécu 26 ans dans la même demeure avant d'être hospitalisée. Ils soulignent le manque d'autonomie et l'apathie ressentie comme les raisons majeures de leur désir de sortir du foyer. *Je feelais enfant là-dedans, je dirais, parce que c'est eux qui cookions pis toute ça pis, eh, moi j'aime pas ça, moi j'aime mieux faire mon propre manger* (PR21).

Les participants qui ont vécu en maison de transition l'ont fait à un jeune âge, début vingtaine, et reconnaissent qu'ils n'avaient pas la même maturité qu'aujourd'hui. Ils avaient de la difficulté à accepter de collaborer, diviser les tâches ménagères et autres avec les autres personnes avec qui ils habitaient. *C'était comme là, ils... comment est-ce que tu dirais ça... planification, on dirait, faut que j'écrive quoi que je dois faire pendant la journée pis ça j'aimais pas ça là of course* (PR21). Pour une participante, *comme au début, j'ai trouvé ça comme, un petit peu, comme ça me mêlait, comme je vivais avec des gens que je connaissais pas pis ça, mais quand qu'on a commencé à se connaître pis ça, ça bien été, les gens que je restais avec étaient vraiment gentils* (PR26). Un autre participant fait la rencontre d'une compagne dans la maison de transition, *mais on collaborait pas exactement tous les deux avec les règlements de la maison, donc j crois qu'ils questionnaient peut-être qu'on trouve notre propre place* (PR4).

Les participants qui ont habité longtemps en milieu familial avaient dans la plupart des cas une bonne entente avec les membres de leur famille, la compréhension et le soutien de ces derniers. *Elle était stricte ma mère elle était bonne* (PR13). *Mon père m'encourage tout le temps* (PR11). *Je suis vraiment bon ami avec mon père. Il avait souvent des bonnes recommandations pour moi* (PR4). Le retour à la maison est lié à la sortie d'une période longue d'hospitalisation, d'une séparation de couple et de la perte d'un emploi. Certains participants sont retournés en milieu familial après avoir pris la décision de cesser de consommer et sentaient qu'ils avaient besoin du soutien de leur famille et d'un toit pour pouvoir s'en sortir. D'autres ont fait des passages obligés à la maison familiale, y restaient en attendant d'emménager dans un foyer de soins, une maison de transition ou un appartement. Les relations entre certains participants et leurs parents étaient tendues par manque de compréhension des problèmes de maladie mentale vécue par leur enfant ou encore à cause de leur consommation. Certains participants avaient aussi longtemps vécu des relations abusives avec leurs parents. Ils ont partagé avec nous des souvenirs d'enfance difficile: *My father drowned in October of '62 and my mom had me two months later, she told all the family that if it was a girl she didn't want it, I grew up with my grandmother, to me she was my mother* (PR15, femme). *J'étais sexuellement abusé par deux de mes oncles* (PR17). Des relations pénibles avec les parents : *Ça fait depuis que j'ai 11 ans qu'on s'accorde pas. J'étais vraiment haïssable quand j'avais 12 ans. J'étais pas contrôlable* (PR2).

Au moment du dernier déménagement, la majorité des participants avaient le moral à zéro et n'avaient nulle part où aller. Un participant planifiait son suicide. *Le câble était au bois and everything, tout ce qu'il me fallait c'était une place à mettre ma chienne pis après ça là, ben bye bye. Quand je lui ai conté mon histoire, il dit garde donne nous 400 piastres par mois pis on va te faire une chambre en bas dans la cave jusqu'à temps que tu peux t'arranger* (PR17).

La trajectoire de vie en logement de nos participants est assez sinueuse et ponctuée de moment de perte d'autonomie liée à des problèmes en santé mentale et de consommation.

Groupe de comparaison en milieu rural

Tout comme pour le groupe expérimental, les participants du groupe de comparaison connaissent une grande précarité domiciliaire. Les raisons sont similaires aux raisons décrites

pour le groupe expérimental à l'exception d'une participante et d'un participant qui ont vécu avec une famille ou en foyer d'accueil : *J'ai été dans des familles d'accueil pis des foyers depuis l'âge de 7 ans et demi je dirais quand ma mère est décédée (PC25). J'avais plus de place à rester, ma mère était morte. J'ai resté 22 ans dans cette maison sur la Smith [...] pis là ma mère était pu là, tsé là faut que tu paies ceci pis tu paies ça [...] c'est devenu trop cher (PC13).* Dans la plupart des cas, l'endroit où ils habitent en ce moment n'est pas leur premier choix, mais plutôt un choix de dernier recours pour fuir des relations amoureuses ou familiales intolérables, ou suite à la dissolution de la cellule familiale suivant la mort d'un ou des parents. Les raisons de leurs pertes de domicile sont aussi liées à la consommation, aux problèmes en santé mentale, à la perte d'emploi et au manque de ressources financières pour subvenir à leurs besoins associés aux deux premières raisons. La majorité des participants interviewés fait preuve d'une grande résilience et préfère leur situation actuelle à celle antérieure.

Le témoignage du malaise de deux participantes et d'un participant qui vivent en foyers de soins se trouve renforcé : *Je ne sais pas où ce que [l'intervenante] avait la tête ben elle m'a mis dans un nursing home de vieux pis tout ça (PC25 était alors au début de la vingtaine). Je me suis vue à un moment donné falloir aller rester dans un foyer. Hey, une trentaine d'années, une jeune femme, aller rester dans un foyer avec du monde âgé. Hey, ça pas de sens. Où tu voulais me mettre? [...] sur l'assistance, c'est tout ce que j'avais, c'était ma seule solution. (PC26) Nothing to do with the people here, they're very nice to me and stuff like that but I could work, I just didn't feel like I belonged (PCR17).* Finalement, plusieurs participants qui vivent en milieu familial ont toujours vécu avec leurs parents et ne connaissent pas la précarité de logement.

Groupe expérimental Moncton -Femmes

Les cinq femmes du groupe expérimental (E018, E102, E113, E105, E146) ont toutes connu une enfance difficile, parsemée d'abandons (E018, E102, E113) ou de sentiments d'avoir toujours été comparée à leur sœur par leurs parents (E105, E146). E018 a vécu toute son enfance, depuis l'âge de 5 ans, dans une même famille d'accueil où elle se faisait battre. *À l'âge de 5 ans, j'ai été dans un foyer nourricier jusqu'à l'âge de 18 ans. C'était pas facile. J'm'ai fait... Y'a pas une journée que j'me faisais pas battre par ma mère. Pis mon père, de l'âge de 5 ans jusqu'à 18 ans, me molestait.*

Les parents de E113 se sont séparés alors qu'elle n'avait pas encore deux ans, sa mère ayant choisi de quitter cet homme qui avait abusé sexuellement de ses grandes sœurs. E113 a aussi, comme E018, été victime de violence physique de la part de sa mère. La vie de E102 bascule quand son père, aux prises avec un problème de jeu, quitte le foyer familial quand elle a 11 ans, laissant ainsi sa mère et les quatre enfants dans une situation financière précaire, ayant dorénavant à vivre de l'aide au revenu. *(My childhood) was pretty good. It's just, my dad left when I was eleven so I wanted my kids to have a father. But huh, I don't know. My mother, she's very, she was a very good mom. Like she raised four of us on her own and she worked minimum wage, worked hard her whole life just to keep us fed and everything. Yeah we might have grown up on Kraft dinners, baloneys and mister noodles but [laughter] but you know(...) Like she..., we went camping and stuff but you know it was always like, sometimes she'd say "Oh, I'm gonna take you guys here" but when the time came, there was no money, yeah, and I, it was, yeah, it was hard, being so, not having any money as a child and other kids at school buying snacks or something and I couldn't and everyone had nice named clothes and I had...(...)Yeah, but hmm, my father was a gambler, he would spent 700\$-800\$ every 6/49, so twice a week Hmm, he had a restaurant downtown. No, I hate it. (...)But my dad owned the restaurant, and our house was paid for in the fall. He owned the house downtown and he also won the lottery. He won a quarter*

million and two weeks later he won 25 thousands and you know, but it didn't take long, he ended up having to sell his restaurant, sold it to one of his cousins. Hmm, he sold the other house we owned downtown; he had to mortgage our house, not once, but twice he maxed all mom's credit cards and he had to leave basically, cause there was too many people looking for him for money and you know, and he couldn't support us, he had to leave so we could go on welfare. And that was kind of difficult. E102 se retrouve dans une première relation abusive dès l'âge de 14 ans. E146 quitte l'école vers l'âge de 11-12 ans et à 13 ans, irritée par le fait d'entendre ses parents la comparer à sa sœur, quitte le foyer familial pour se retrouver dans la rue, où elle commence à consommer de la drogue. E105 immigré au Canada avec sa famille à l'âge de 10 ans. Elle aussi dit que ses parents ont toujours privilégié sa sœur. Elle termine ses études secondaires. Or, deux de ces femmes ont terminé à la fin de leur adolescence leurs études secondaires (E105, E102), les trois autres (E146, E113, E018) ayant quitté l'école, les deux dernières alors qu'elles étaient à l'école secondaire, la première, vers la fin de ses années à l'école élémentaire.

E018 s'est retrouvée dans la rue d'une grande ville après avoir quitté un milieu familial violent en se mariant. Suite à l'échec de ce mariage, près de deux mois plus tard, elle se sauve dans une grande ville où elle découvre la drogue, le métier de danseuse et la vie dans la rue. E113, pour sa part, ayant connu elle aussi un milieu familial violent, vit un épisode dépressif, quitte l'école, quitte le domicile familial et épuise les ressources du milieu rural d'où elle vient (vit chez des amis, dans un foyer de jeunes, etc.) pour se retrouver dans la rue d'une ville où vivent cependant des membres de sa famille. Le fait qu'elle ait de la difficulté à s'entendre avec les autres et qu'elle ne prenne pas ses médicaments pour contrer les symptômes de ses problèmes de santé mentale semble aussi avoir contribué à ce qu'elle épuise ses ressources. E102 ayant un lourd vécu de relations intimes abusives s'est retrouvée dans la rue quand elle a perdu ses enfants aux mains des services de protection de l'enfance des suites d'épisodes de violence domestique. À ce moment, elle commence à consommer du crack et se retrouve dans la rue. Pour E105, il semble que le problème de santé mentale contribue à son défi de pouvoir maintenir un travail, donc un revenu, ce qui affecte en retour sa capacité de maintenir un logement. Enfin, pour E146, le fait d'avoir quitté le domicile familial à l'âge de 13 ans a fait en sorte qu'elle s'est retrouvée dans la rue et qu'elle a commencé à consommer de la drogue.

Pour E018 et E102, le sentiment d'échec vécu en tant que mères quand elles ont, pour une seconde fois, perdu la garde de leurs enfants, a constitué un événement qui les a toutes les deux fait sombrer à nouveau dans la drogue et qui les a ramenées à la vie dans la rue... Pour E105, qui se retrouve chez ses parents la nuit, et le jour dans la rue, qui séjourne à l'hôpital régulièrement toujours admise par ses parents, il semble que le fait qu'elle se retrouve dans la rue soit lié au fait de ne pas prendre les médicaments qu'on lui a prescrits pour contrer ses symptômes de schizophrénie.

Par ailleurs, ce qui semble contribuer à une stabilité sur le plan du logement, c'est le fait de prendre les médicaments prescrits (E105, E113), d'avoir un projet de vie (études) et la présence de liens significatifs avec des proches (E146) et la stabilité affective (E102, E018).

Groupe expérimental Moncton -Hommes

Les cinq hommes du groupe expérimental qui ont été rencontrés dans le cadre de ce projet ont connu une enfance marquée par des événements difficiles : décès du père à 4 ans et enfance dans la pauvreté (E094), séparation des parents, pour E126, au début de l'adolescence, et pour E058, à l'âge de 7 ans, alors que, par la suite, sa mère et son beau-père lui infligent de façon répétée des sévices corporels. L'enfance de E042 est marquée par la présence d'un père qui consomme beaucoup d'alcool et qui est violent, tant envers son épouse qu'envers ses enfants. À

cette dure réalité familiale s'ajoute, pour E042, le poids des préjugés sociaux quand il mentionne que «quand ton père est alcoolique, toi, t'es un vaurien». Bien que E068 considère qu'il a eu une belle vie comme adolescent et comme jeune adulte, son enfance a toutefois été marquée par l'abus sexuel que lui a fait subir son oncle. Trois de ces participants (E084, E058, E126) ont commencé jeunes à consommer de l'alcool. Deux ont quitté le domicile familial à l'âge adulte, E094 à 28 ans et E042 à 26 ans.

Ce qui a mené E058 à la rue, une première fois, c'est le fait que son beau père l'ait mis à la porte le jour de Noël. C'est par la suite après une rupture amoureuse avec la mère de ses deux enfants, relation qui a duré près de 10 ans, qu'il s'est retrouvé dans la rue. Pour E042, de son propre aveu, ce sont ses problèmes d'alcool et de jeu qui l'ont conduit à la rue. Pour E126, qui a quitté le domicile familial à 18 ans, c'est le fait de ne pas avoir été capable de payer le loyer de son premier appartement qui a fait en sorte qu'il s'est retrouvé dans la rue. Au cours de ses nombreux déplacements à travers le pays, il consomme beaucoup de drogues chimiques (LSD), ce qui, selon lui, a contribué au développement de sa schizophrénie. E094, qui a quitté le domicile familial à l'âge de 28 ans, a connu la précarité de logement, passant d'une chambre à la rue, et vice versa jusqu'à ce que pour une période de huit mois, il emménage avec sa petite amie, sa principale expérience de stabilité domiciliaire avant l'arrivée du projet Chez-soi. E068, qui a vécu en résidence ou en appartement avec des amis durant la période où il faisait des études universitaires, quitte l'université alors qu'il ne lui reste que deux cours à compléter en vue de son baccalauréat quand son frère, duquel il est très proche, décède des suites d'un cancer. À ce moment, il commence à consommer et à vendre de la drogue. Quand il s'inscrit, peu de temps après, à un programme collégial, il commence à entendre des voix et à se sentir menacé. Ces premiers symptômes de schizophrénie l'amènent à s'acheter une tente et à décider de vivre à l'extérieur, ne pouvant plus faire confiance à personne. Il devient sans domicile fixe.

Groupe contrôle Moncton -Femmes

Trois femmes du groupe contrôle (C097, C114, C133) ont connu une enfance difficile, parsemée d'instabilité affective (séparation des parents, décès d'un parent, multiples nouveaux conjoints des parents, etc.) et de violence (exposition à la violence domestique, vécu d'abus sexuel, présence de drogue et d'alcool, etc.) *Pis là, i' m'a mis avec une maison, une famille de (...) six enfants plus la mère pis le père. Pis i'a mis mon plus jeune frère avec une autre famille. (...) lui buvait à tous les weekends pis la femme courait dans l'attic (le grenier) à toutes les fois qu'il arrivait parce qu'elle voulait pas s'battre avec lui, so i' criait pis i' disputait toute la nuit so on pouvait pas dormir. Pis des fois i' mettait du gaz tout le tour d'la maison so fallait qu'on court à travers du champ nu pied si la mère a elle a restait comme courait à travers du champ pis sa maison était là, so fallait qu'on courait nu pied (...) Dans la neige, c'était fucké.*

Les trois se retrouvent dans la rue ou en milieu carcéral pour jeunes dès l'âge de 12 ou 13 ans, soit à l'entrée dans l'adolescence. Par ailleurs, l'une d'elles (C114) commence à consommer de la drogue et de l'alcool dès l'âge de 9 ans, moment qui coïncide avec les premières occasions où elle entend des voix «pas gentilles». La quatrième (C099) semble avoir connu une enfance somme toute sans apparents problèmes familiaux. Elle quitte cependant l'école à l'âge de 16 ans, se marie et à un enfant six ans plus tard.

Ce qui mène à la rue et ce qui ramène à la rue, c'est essentiellement, et pour la plupart des participantes rencontrées, une enfance difficile où cohabitent la violence, l'instabilité et la précarité des liens avec des adultes significatifs. Cependant, pour une participante (C099), c'est suite au décès de son mari qu'elle s'enlise dans la drogue et qu'elle perd la garde de son enfant. Ce vécu de pertes (décès du conjoint et perte de la garde de son enfant) l'ont conduite à la rue,

avec comme moyen pour assurer sa subsistance, la prostitution. Or, l'expérience de la perte de la garde de ses enfants aux mains des services de protection de l'enfance semble, à l'occasion, lui conduire à la rue, et à d'autres, ramener les gens à la vie dans la rue, où la drogue et parfois la prostitution font partie du quotidien. *That's the life that you live because (...) when you're an addict that's your way of surviving. Selling things, you're selling yourself or selling whatever or you know...so...That's the life that you get thrown to and you get used to.*

Groupe contrôle Moncton -Hommes

Quatre hommes rencontrés dans le groupe contrôle (C010, C019, C034, C106) proviennent de familles composées d'au moins quatre et jusqu'à dix-huit enfants. *Oh my life before the street... I was a very young kid about 14 or 15... after that my mother lost her first-born son and it was just a disaster for 17 children. It was just a disaster. (...) the whole family just fell apart. (...) Her firstborn son... He was only 24 years old and I was only 15. (...) it's almost forty years ago. And it was like, my mother was screaming and screaming and then I said mum what's going on? She said, Jessie died... and the whole family just fell apart. Just fell apart right there. (...) Then Henry went crazy drinking this and that. My dad almost lost his mind. My mom never recovered.* Bien que les expériences diffèrent, deux d'entre eux (C034, C106) ont mentionné avoir été victimes d'abus sexuel au cours de leur enfance, un autre (C010) a vécu très difficilement le fait d'apprendre qu'une de ses sœurs avait été abusée sexuellement par un de ses frères. Un (C019) a été placé en famille d'accueil dès l'âge de trois ans, avec ses frères et sœurs, dans une famille d'accueil déjà nombreuse. Deux d'entre eux ont mentionné avoir quitté l'école, un dès l'âge de douze ans, (C106), l'autre en 9^e année (C010). Certains (C019, C106) ont partagé que leurs parents avaient des problèmes d'alcool. Le cinquième participant (C003) a, semble-t-il, connu une enfance assez stable et vécu une expérience scolaire positive. Il a commencé à consommer de la drogue vers l'âge de dix-sept ans, moment qui correspond à son premier souvenir de symptômes de maladie mentale : « (...) *I went to high school.(...) I finished. (...) I got into drugs when I was about 17, I started taking drugs, and I messed up my head quite a bit. I stayed with my parents after that, but I was really messed up and it made me sick. I'm still not that, to this state, still not that good. Like my head is still... it's hard for me to do anything, it's hard for me for like, just get out of depression, I get really bad anxiety and my mind will race a lot. And couldn't do enough, and that's pretty much how I got like, just to the point where I got, my mother leaving home, moving somewhere else with some other guy after my dad died, my step-dad died, hum, I just kind of got worse, I could not look after myself or a home.* Tous ont été aux prises, à une époque ou à une autre de leur vie, avec des habitudes de consommation d'alcool ou de drogue.

Ce qui mène à la rue, c'est un ensemble de raisons, sûrement, mais selon les histoires recueillies, c'est la dureté de la vie. Pour l'un, (C010), c'est le fait de s'être toujours senti différent et d'avoir recouru à la drogue, de ne pas pouvoir travailler en raison de son état de santé et donc d'avoir à vivre une situation de logement instable (maison de chambres). Pour un autre, (C019), c'est une vie dans une famille d'accueil où on ne se sent pas reconnu (trop d'enfants, règles rigides, etc.). Le fait qu'il commence à consommer de l'alcool avec les hommes avec qui il travaille dès l'âge de 12 ans fait en sorte qu'il se retrouve, deux ans plus tard, à dormir dans la grange, dans des bateaux, dans de vieilles voitures... il n'a plus d'adresse. *À 12 ans j'ai commencé, j'allais déloader du poisson pour mon oncle, mon foster father là, y'avait 9 frères et c'était tous des alcooliques. I' m'baillont pas d'l'argent... (...) pas d'la bière, mais du hard stuff. J'm'en rappelle à 12 ans, mon oncle dit veux-tu une drink de hard stuff, là j'savais que ça les*

*faisait rire. J'ai pris ça pis ça m'a brûlé icitte pis j'ai tout craché ça. Il m'baillait une claque sur le cagouette pis i' m'disait : si tu veux être un homme, faut pas tu l'craches. Ça fait là j'étais soul, j'envalais, pis c'est d'même que ça a starté. J'pouvais pas avoir 10\$ dans mes poches(...) j'allais me chercher une caisse de bière. J'pouvais pas m'trouver une once de femme, mais j'pouvais me trouver une caisse de bière. Comprends-tu?. Ça j'étais jeune, là tu commences à coucher dans les chars, pas d'adresse, coucher dans les vieux chars, coucher dans les bateaux. Pour un autre, (C034), tout commence avec une expérience de deuil où, encore adolescent, il perd son frère de neuf ans son aîné. Cette perte ainsi que le fait qu'il soit homosexuel ne soit pas connu, à ce moment, par les membres de sa famille, l'amène à quitter la maison et à se retrouver dans les rues d'une grande métropole canadienne. Un autre participant (C003) a longtemps vécu avec ses parents. Au début de la vingtaine, son demi-père qui est le conjoint de sa mère depuis sa tendre enfance, meurt. Suite à ce décès, il reste seul à la maison, sa mère quittant le foyer familial pour vivre avec une autre personne. Cet événement, combiné à une santé mentale fragile, l'amène à fréquenter des refuges au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, en alternance. Enfin, pour un autre participant, (C106), c'est une enfance difficile, dans une famille où se côtoyaient l'abus d'alcool, la violence physique et sexuelle, parsemée de problèmes de santé mentale (une dépression à l'âge de 13 ans), l'expérience de la drogue et un séjour en prison qui l'ont conduit à la rue. D'ailleurs, trois participants du groupe contrôle (C106, C034, C019) ont séjourné en prison à un moment ou à un autre de leur vie. *C'est peut-être quand j'ai été en prison en 2001 ou 2008 après mes driving impaired... deux fois. Pis j'ai été en prison pour, j'avais eu 90 jours mais j'ai juste fait 18 jours pis j'ai assez eu peur là, c'est pas croyable! Comme i'avait beaucoup de drogues, beaucoup d'affaires qui s'passent en prison pis comme j'voulais être avec la gang là. J'ai yink pleuré pour 18 jours là.**

Or, ce qui permet de sortir de la rue, selon les histoires partagées par ces personnes, c'est la stabilité émotionnelle que certains ont trouvée dans le mariage ou une relation amoureuse. Cette stabilité semble une condition qui favorise le maintien d'un emploi, et donc la possibilité de s'assurer l'accès à un domicile fixe. Ce qui semble contribuer au fait de se trouver dans la rue, ou de se retrouver dans la rue, semble associé à un vécu de perte (décès d'un être cher, séparation, perte de la garde des enfants, etc.).

b. La vie à la rue / dans les refuges

Groupe expérimental en milieu rural

Les participants ont eu une certaine difficulté à comprendre ce qu'on entendait par une journée typique dans la rue et dans les refuges (dans le contexte rural, en milieu familial ou en foyer de soins), un exemple de ce qu'ils font du réveil au coucher. Certains participants entrent dans les détails, mais en général la description d'une journée typique est succincte. La majorité des participants décrivent des moments liés à des périodes creuses. Les participants plus jeunes décrivent une journée, alors qu'ils étaient sans emploi et ne fréquentaient plus l'école. *Ça aurait pu être me lever eh, le samedi matin à moitié encore chaud, ivre, saoul, comme tu veux appeler ça, eh pis rester dans ma chambre la moitié de la journée, pis eh rien faire en toute, pis aller manger mon souper quand mon souper était prêt (PR4). J'me réveillais l'après-midi, cause que j'prenais la pill pour dormir. J'me faisais à manger, j'allais chez ma grand-mère en face pis elle me faisait à dîner ou à souper. Pis là j'faisais pas vraiment grand-chose, j'prenais ces pills là pour dormir (PR2).*

Les participants plus vieux décrivent une journée typique de consommation. *C'était, sur le bord de la boisson tant que, oui, ça c'était, quasiment, tous les weekends, pis là ça venu que ah*

une journée ou deux dans la semaine, du temps des chèques du gouvernement pis ça, pis là ça venu pour un élan, pour quasiment 2 ans c'était quasiment tous les jours, pis là si je prenais la cocaïne avec ça ben là, là je dormais pas, je tenais 2 jours et demi, 3 jours (PR17). Et de dépression : Ben je me levais, je descendais en bas, je prenais un verre d'eau, j'étais malade j'allais back me coucher. Ah oui, ah oui, je pleurais beaucoup (PR25).

D'autres participants jeunes et plus vieux décrivent une journée typique dans un foyer de soins suite à une hospitalisation : *oui ils parlaient tout le temps de la même chose, ils entendent rien faut que tu parles deux fois, répétions (...) Okay 5 h 30 je me levais, on avait une smoking room prend un café eh pis là je me débarbouillais en attendant pis là j'espérais le déjeuner des fois j'allais dire mon chapelet pis je fumais pis là je priais encore, je priais encore là j'écoutais la messe à TV pis prie pis prie pis prie pis si je m'ennuyais je priais (PR13). Pour un participant au début de la trentaine : Ben ils (les travailleurs au foyer) fesions à manger, pis ils lavons tes hardes pis, donnons des pills pis un 'tit lunch, pis je tenais ma chambre nette moi-même (PR19).*

Un participant et une participante décrivent une journée typique comme une journée où ils pratiquaient une activité sportive et artistique. Ce sont les seuls participants pour qui une journée typique est associée à des moments positifs même s'ils ne fréquentent pas l'école et n'ont pas d'emploi. *Ah j'prenais une tasse de café pis des toasts or something, pis j'fumais une coupe de cigarettes or something, pis j'fumais plus de pot itou, asteur j'sus plus casual, comme once in a while. J'fais d'la guitare un p'tit brin l'matin, j'ai arrêté pour une marche. Moi j'joue des sports comme ball hockey, base ball, j'fais tout là, j'joue au tennis (PR7). Well quand j'étais plus jeune comme probably à l'âge de 19, 20 là, dans ce temps là j'étais pas encore diagnostiquée, eh je me levais le matin, je buvais beaucoup de café pis j'aurais peinturer la jour-, toute la journée. J'ai resté longtemps sans travailler, faire la peinture, au moins comme 3, 4 ans, pis j'ét-, c'est ça j'étais malade pis moi je m'en apercevais pas là mais je peinturais beaucoup, beaucoup, j'avais pleins d'idées, j'allais prendre, souvent j'allais prendre des marches la nuit (PR26).*

La description varie d'un participant à l'autre, mais on trouve des similitudes dans le cas de la description des jeunes qui se sentent sans perspectives futures et disent ne pas faire beaucoup ou ne rien faire. Les participants qui ont choisi de nous raconter une journée typique de consommation le font de façon similaire, la consommation se limite d'abord aux fins de semaine pour ensuite prendre le contrôle de leur vie. La vie dans les foyers de soins est décrite comme une vie monotone, apathique où les participants ne se sentent pas à leur place. Finalement, les participants qui paraissent avoir un certain degré de satisfaction sont celui et celle qui pratiquent une activité sportive et artistique.

En milieu rural, la plupart des participants ont habité pour une longue période avec leurs parents ou en foyer de soins. Plusieurs avaient aussi vécu une période de leur vie en maison de transition ou en logement social. L'aide reçue pour les services communautaires est effleurée, en général pour décrire une bonne relation et l'appréciation de celle-ci à différents moments de la vie du participant.

Groupe de comparaison en milieu rural

Tout comme pour le groupe expérimental, les participants du groupe de comparaison ont eu de la difficulté à décrire une journée typique. Plusieurs disaient n'avoir rien à décrire d'important, que leurs journées étaient longues, ennuyantes et répétitives avec de longues heures d'écoute de télévision, de jeux à l'ordinateur ou de promenade sans but précis pour faire passer le temps et cela indépendamment de leur situation de logement, qu'elle soit en milieu familial, en foyer de soins ou en logement. Deux participantes décrivent une journée typique positivement, mais pour d'autres raisons que la participante et le participant du groupe expérimental. Une des

participantes aime beaucoup cuisiner et prendre soin de ses animaux de compagnie et la seconde a une vie dynamique avec son emploi, la personne avec qui elle vit, ses chats et les gens qu'elle rencontre au centre communautaire pour faire des activités sociales : *Je me lève le bord du jour comme si que j'avais le feu au derrière. On [elle et son chien] part en courant pour aller marcher, c'est parce qu'il est mon bébé pis il passe avant moi. Je suis une mère poule à tous les chats et chiens, je veux sauver la vie à tout le monde [...] Des fois je regarde la télévision, j'adore cuisiner, je suis tout le temps après gratter dans cheq façon de recette (PC15). Quand je travaille je me lève autour de 7 h, 7 h 15 pis là on [elle et son frère de lait] joue des games pis ça, je prends mon shower, pis je marche à l'ouvrage [...]. J'ai des chats so des fois je m'amuse avec eux [...]. L'après-midi le lundi, le mardi pis le jeudi je vais au centre, on joue des games ensemble, on a été prendre des marches. Juste pour quelque chose de fun à faire [...]. La soirée on joue aux cartes, c'est ben rare que je watch la TV, c'est plus le soir après qu'ils sont couchés (PC25).*

Les participants se situent à un extrême ou l'autre en ce qui a trait aux services communautaires. Certains soulignent le manque de services, leur concentration dans la grande ville, le manque d'activités à faire, le peu de possibilités de rencontrer d'autres personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale. Par exemple, *Ils devraient engager plus de monde pour avoir des services d'activités, un groupe de support, un groupe d'art, anything. Il n'y a rien dans la région, il n'y a absolument rien. Je trouve qu'ils pourraient faire mieux que ça pour Kent. Nevermind de tout concentrer ça dans les villes. So tu n'as rien entre Moncton et Miramichi, le rural fait pitié [...] On a quelques services et on les apprécie, mais il me semble qu'il devrait avoir plus que ça [...] (PC26). Il devrait avoir plus de logements en région qui sont abordables et salubres, qui sont comme vivables (PC7). J'aimerais parler à quelqu'un comme tu ne peux pas parler à tes amis tsé « ben guess quoi ce que j'ai pensé à hier soir », ils ne comprennent pas nécessairement. J'aimerais parler avec quelqu'un, comme ça pourrait être d'autres maladies, comme ça serait un groupe, une rencontre de café, une place sécuritaire, pas publique, juste faire des activités sociales (PC7).*

Plusieurs, au contraire, expriment la chance qu'ils ont d'avoir la visite d'une intervenante communautaire, d'une infirmière et d'une femme de ménage. L'aide à domicile est particulièrement appréciée. Ils apprécient aussi les deux activités par mois proposées pour sortir avec des gens qui vivent des réalités similaires. *Ensuite à travers de [l'infirmière] on a un service pis eux ils vont nous organiser deux sorties par mois. Faut qu'on apprend à faire des choses ensemble, ça m'apprend à arrêter mes grosses attaques de panique (PC15). On écoute de la musique, des fois on joue au pool, pis là on rencontre d'autres personnes (PC25).*

Finalement le soutien qui s'avère le plus important dans leurs vies provient des membres de la famille et d'autres proches. Ces relations sont primordiales dans le maintien de la qualité de vie des participants. *Je feel que maman a pris garde à moi directement ou indirectement toute ma vie (PC15). Ma sœur [m'aide] pour cooker, pour manger, so je suis alright tsé. J'ai plein de famille (PC13). Mon père c'est un support, on s'aide avec les tâches pis ça (PC2).*

Groupe expérimental Moncton -Femmes

Encore une fois, l'errance est au cœur de la question. Une errance souffrante en quête de faire passer le temps avant de retrouver un minimum de sécurité pour manger ou dormir dans un endroit. Trois participantes en parlent en ces termes. ID10113 : *Ben je marchais, je marchais, c'était juste ça qui avait à faire... Tsé tu fais rien de la journée...J'allais à la bibliothèque, j'allais au centre...J'allais sur les ordinateurs, j'allais lire... des fois c'était juste ça. ID100146: Yeah, well my typical day is pretty strange. I wake-up, I find a place to go for 4 hours. And then,*

I'll either go to a soup kitchen to have my dinner before I go back to my daughter. And then, I'm in the house for the day until I have to do it all over again the next morning. So I don't, once I go back when the baby leave her place at 12, once I go back, I don't go back out. So I'm pretty much in the house like after that all day. ID10018 : là j'prenais ma douche, j'mangeais. Là, il faut sortir à 9 heures [dans les refuges], on peut seulement revenir à 4h, quoi-ce qu'on fait? Moi j'aurais aimé dormir. Je m'en allais au parc et j'dormais, c'est pas compliqué. Pour une autre participante, c'est la journée à chercher de la drogue. ID10102: Ok, hmm. Well, I managed to get a cheap bicycle so I bike around and huh, just I don't know, sometimes I, well I smoke marijuana so I smoke, I smoke it on a daily basis, I find some time, sometimes I smoke a joint and then I might not need to take a ((incomp)) or if I [take] some it at night then I won't need my sleeping pill, you know, some people get really paranoid but I find it helps me out and it gives me appetite and so I smoke every day. Huh, geez, just kinda going, well, I guess I hung out with someone who huh, sold drugs. Seulement une participante schizophrène ne semble pas répondre à la question. Elle semble plus justifier sa situation d'itinérance dans une non acceptation de sa maladie mentale. (ID10105) : j'pouvais rien contrôler dans ma vie, j'ai été d'un niveau de high school à un monde à part.

De façon générale, les participantes sont satisfaites des services communautaires reçus. Pour ID10018, manger à la soupe populaire lui permettait de garder son argent pour faire autre chose : *J'mangeais au centre pis je gardais mon 41\$ pour des emergencies, so j'gaspillais pas. Pour nous, c'est normal, c'est mieux que rien, être avec du monde sur la rue, être aux centres, même si c'est rough, le staff a un bon cœur. Ils savent ce qu'on a besoin. Ils sont justes. Ils nous donnent de bons mots. Ils aimeraient en faire plus, mais ils ne peuvent pas. C'était bon assez pour moi, y'avait de l'amour là pareil. Ils m'ont pas fait feeler comme si j'étais une bonne à rien.* En ce qui concerne ID10102, elle a, tout au long de son parcours, fréquenté ou eu accès à différents services, dont centre de crise, alcooliques anonymes, maison de transition pour femme victime de violence : *Huh, I went to the Centre a couple of times and just meet people and have coffee there. I even filled out, they had this paper to fill out if you want to volunteer, like I wanted to volunteer there but the questionnaire was like 10 pages long, but they never called me back, so, I don't know. I was gonna go try again sometime.* Quand à ID10105, cette participante mentionne ne pas connaître les personnes qui travaillent dans les ressources communautaires, qu'elles lui disent bonjour et c'est à peu près tout. ID10146 trouve difficiles ces endroits de nourriture et d'hébergement ainsi que les règlements qui s'y rattachent, mais comme elle le dit : *I didn't feel right. I didn't feel comfortable. Because I don't really like to be homeless and have to go to those places for my food, but when you have to you have to and you know it's just. I was in danger, I was attacked and raped. Kidnapped for 4 hours just last summer. The guy's in jail right now. So. That's the only 2 shelters and the Nazareth are really strict. Like if you're in by 10 then you're on the street all night until the next day. So when you're 40 years old like me you don't really wanna go in at 10 at night. So you know.* Enfin, ID10113 fréquente un centre pour jeunes de 16 à 24 ans. *C'est un centre de jeunes, c'est comme un drop in pour les jeunes de 16 à 24 ans pis il offre beaucoup de service pour faire du laundry ehh prendre ta douche, y'a du manger, y'a des cours de GED, ehhh y'a des ordinateurs tu peux jouer tsé ben des choses.* Elle a participé à un centre d'hébergement de longue durée, mais dit qu'elle n'a pu y demeurer puisqu'elle ne s'entendait pas avec les autres filles. Elle considère aussi que les intervenantes l'ont poussée de façon exagérée à se trouver du travail.

Groupe expérimental Moncton -Hommes

En ce qui a trait au groupe expérimental, l'errance chez les hommes ressemble beaucoup à notre groupe contrôle. Toutefois on remarque, par leurs commentaires, que les participants semblent le vivre plus difficilement. En effet, trois participants s'expriment en ces termes : ID 10042, *j'allais ramasser les bouteilles, pis j'm'achetais un p'tit brin à manger, j'allais au centre. C'était pas facile. C'était pas facile. J'ai dormi dedans une toilette. J'sus eh, j'ai fait la trail qui fait le tour d'la rivière là... Pis y'm'mouillait sur le corps, c'était pas plaisant. J'passais la nuit-là, pis l'jour, j'me travelais.* ID 10058, *I'd bum around the liquor store basically buy booze and buy hot dogs and get hot warmers that's what I lived on. Plus I go to the Swiss Chalet get in the dumpster there and there's all kinds of food, it's not garbage it's just food they threw out at night. They don't keep it I got four chickens out of there so. And what's that fish place called? Delux French fry. Mmm. Go there get chicken, fish same thing. Go to Tim Horton's get muffins, doughnuts. There was always food, not healthy food.* ID 10094, *j'étais toujours sur les chemins jusqu'à quatre heures, cinq heures du matin.* Pour un autre participant, c'est plutôt l'importance de dormir dans un endroit sécuritaire. Lorsque ID10126 raconte sa journée typique il précise cette dimension : *« Ben où est-ce que moi j'étais situé faut j'me lève à l'aube parce que tu peux pas être là durant le jour où c'que le monde circule parce que sinon y vont savoir où c'que t'es couché tsé veut dire. So tu te lèves à l'aube pis tu vas chercher pour du change pour un café ou quelque chose le matin pour essayer d'te réchauffer le matin pis te réveiller avec un café.* Enfin pour un autre participant, ID 10068, c'est la prise de médication qui est la plus importante puisque celui-ci avait besoin de beaucoup de sommeil. *Moi au début, mes médicaments me demandaient beaucoup de sommeil. J'dormais en moyenne 16 heures par jour à peu près. Ça fait qu'au début, avant que j'me stabilise, parce qu'au début on me donnait plus de médicaments qu'asteur aussi. Eh, j'vais besoin de beaucoup de sommeil.*

Tous ont utilisé les services communautaires de base, c'est-à-dire nourriture et hébergement. ID10058 a fréquenté plusieurs types de services. Il se plaint également des services qui sont offerts et surtout ceux offerts par les bénévoles. Il mentionne un organisme en particulier en disant que les bénévoles ne savent pas comment intervenir : *The Centre needs a change a lot, a lot. They got people there that don't even know what the hell they're doing, running it. The people he has that volunteer in there they have no idea how to handle people.* Pour ID10042, ces centres d'hébergement l'ont aidé à le maintenir en vie : *Ouè, ça m'a aidé à vivre, à m'tchendre en vie.* ID10126 indique qu'il dormait dans un centre d'hébergement et qu'il s'est retrouvé à la rue en raison de rénovation. De plus, il indique qu'il a mangé dans une soupe populaire et a eu un empoisonnement alimentaire. Pour sa part, ID10068 indique avoir fréquenté des banques alimentaires, mais parle surtout d'un programme d'intervention de groupe qu'il a reçu. Il en parle de la façon suivante : *Ben, tu partageais des expériences dans un groupe avec du monde qu'avaient les mêmes problèmes que toi. Pis souvent, c'est là qu'tu trouvais p't-être des chances de faire des liens qui restent avec toi, des personnes ouverts d'esprit qui veut pas se créer de problème.* Enfin, ID10094 ne parle pas de services communautaires sauf pour dire qu'il a reçu de l'assistance sociale dans sa vie. On remarque que les participants du groupe expérimental parlent très peu des services reçus et de la qualité de ceux-ci.

Groupe contrôle Moncton -Femmes

Le thème de l'errance est tout aussi présent chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, l'on remarque que chez les femmes, la prostitution est présente pour se procurer nourriture, drogue et autres. En effet, deux participantes ID 10097 et ID 10099 répondent à la

question de la journée typique en racontant ceci : *Dans ma journée j'm'assisais au Victoria Park, j'travaillais, j'marchais partout pour essayer d'avoir des calls pour m'acheter du manger pis ça.* Quant à l'autre participante: *You wake up, try to figure out how your gonna get your morning pill inta ya, where your gonna get it from or where your gonna get your money.* Cette participante utilise plusieurs moyens, dont le vol ou encore la prostitution. Elle raconte : *go to another shelter to eat, going to see family to get food, not eat at all, work on the streets, go back to wherever you're staying or whatever dope house you can go to get high and then that's just a continuous cycle every day for as long as your addiction lasts. It's the same thing every day, it doesn't matter if you're doing it for two days or for two years, it's the exact same routine every day from when you get up to when you go to bed. You go for the high.* La participante ID10133 raconte que sa journée typique est presque entièrement consacrée à chercher un endroit sécuritaire et à se procurer de la nourriture : *Ben, premièrement y faut qu'je décide euh, ben j'm'habille pis la euh, j'trouve une place qué clean pour me laver, qué safe, qui a pas d'homme. Pis euh, faut j'trouve du manger. Tsé, du monde normal y vont dans l'fridge ben moi y faut que j'aïlle, comme au centre. Ya y'inque une telle heure tu peux y'aller là.* Enfin seulement une participante ID 10114 parle de l'errance comme étant plaisante. *J'sais pas trop. On s'amusait en avant de l'Assomption. On prenait des drogues. On s'assisait juste là sur les côtés des glissoires, on jumpait.*

On remarque pour ce groupe qu'aucune femme ou presque aucune n'utilise les services communautaires. ID10099 explique pourquoi elle n'a jamais fréquenté les centres d'hébergement : *And I'm too stubborn to stay in a shelter. I might be a addict but I'm a clean addict and I find shelters are very dirty. And even though you're an addict, anybody can go there and there's a lot of dirty things that go on there. I've never stayed at a shelter, I would stay outside and (starve) before I'd go in a shelter. And there's shelters all around the areas where I've been or stayed or worked and I would never stay in one. And the fact you don't know what goes on there, probably does it. You always try to stick with people that you know.* ID10114 ne donne pas d'explication pour justifier le fait qu'elle n'a pas utilisé des services communautaires. C'est la même situation pour ID10097, qui indique simplement qu'elle a été obligée de fréquenter un centre d'hébergement seulement pour quelques jours parce qu'elle n'avait plus d'argent. Autrement elle se prostituait pour subvenir à ses besoins. ID10133 dit brièvement qu'elle fréquente la soupe populaire, mais ne commente pas sur l'appréciation des services.

Groupe contrôle Moncton -Hommes

Les participants du groupe contrôle parlent peu de leur journée typique. Les histoires racontées à l'intérieur des récits sont brèves et exposées de façon très générale, sans trop de précision. Toutefois, certaines dimensions traversent les entrevues et comme le groupe expérimental, l'expérience de l'errance se pose aussi pour ces participants. En effet, deux participants, ID10010C et 10003C, parlent de cette errance comme un mode de vie. Ils se laissent aller au gré du temps. Pour l'un, c'est de chercher des gens avec qui jaser : *j'me réveillais n'importe quand, euh, que ce soit 7h du matin, 10 h, 2 h de l'après-midi ça m' faisait rien. Y'avait aucune responsabilité, j'me réveillais, je prenais mon café, mes cigarettes, j'm'en allais boire un café en public espérant de peut-être rencontrer quelqu'un que je connaissais ou même quelqu'un que j' connaissais pas. Pour moi, la vie c'était quelque chose de social et puis j'allais en quête de la sociabilité à quelque part, un café, un resto, un club.* Pour l'autre participant, il s'agit plutôt d'aller au gymnase et de s'entraîner. Il raconte sa journée de la façon suivante : *Right now, I'm doing more positive things, it's hard, but I've been going to the gym exercise, just to help my mind, to help depression and stuff.* Toutefois, pour deux autres participants, l'errance semble plus douloureuse, soit par sentiment d'être perdu ou bien à la recherche de nourriture,

d'endroit ou dormir ou de drogue. L'un des participants, ID 10106C, s'exprime en ces termes : *On sortait de là à neuf heures le matin pis on pouvait juste rentrer à quatre heures. On allait su la main pis on était un (enfant) perdu. J'savais pu où j'allais, j'savais pu quoi j'voulais.* Tandis que ID 10034C : *I would start in the night looking for a place to sleep right. And I find at least something warm even if it's in the middle of winter. Just by myself and buy a couple of bottles of beer and make sure I had a few cigarettes. Then I just go to sleep. Then I would wait for the sun to come up, just wait and wait. Then I would look up and see the sun is coming up slowly.* Ce participant raconte qu'il se promène d'une place à l'autre. Lorsqu'il est renvoyé d'un lieu public par un garde de sécurité, il cherche un autre endroit public où aller. Il se promène ainsi d'un endroit à l'autre puisque selon ses propos, les personnes comme lui sont stigmatisées : *So you get stigmatized after a while you know.* Pour ce participant une grande partie de la journée est consacrée à la recherche d'une place où il peut se tenir au chaud, sinon, comme il l'indique « *The rest of the day walk, walk, walk, walk. I say sometimes I must walk 30 miles a day if not more.* ». Enfin pour le dernier participant du groupe de comparaison, il dit utiliser sa guitare et mendier dans les rues pour sa consommation. *Tu mets ta caisse de guitare pis si y'aimont ta musique, y'en metton plus. C'était tout du monde de par « ici ». Terre-Neuve, Nova Scotia, Nouveau-Brunswick, y'aimont tout la même musique. Pis là ça arrivait, pis là chante-les back! Pis là t'aimais ça, parce que l'monde aimait ça, ça te faisait feeler ben. Ben être un alcoolique, tout allait en boisson.*

Les expériences avec les organismes touchent surtout deux types d'organisme, c'est-à-dire les Centres d'hébergement et les soupes populaires. Concernant l'utilisation des services, nous remarquons que deux des participants font appel à de nombreux services. ID10034: *well in the winter time yes. Again, if it was necessary. Cause I'm not sure whose going to roll you and take your stuff and your cigarettes, whatever, you know, whatever you got. The Centre, I used to come there on the weekends just to look around. But other than that I generally stayed there, or just stayed on the streets for those five years.* Le participant ID10019, qui a lui aussi utilisé plusieurs services, parle du groupe des Alcooliques anonymes avec certains éloges, comme étant un service qui l'a beaucoup aidé. Pour ce qui est de la soupe populaire, des centres d'hébergement et de la banque alimentaire, ses propos ne sont pas si positifs : *Oui, des soup kitchen, ben c'était pas Moncton, là. C'était comme 800 parsonnes, si t'étais dans la ligne là, by the time que t'arrives, y'a p't-être 2 pois dans la soupe. Là y'a une place, fallait que t'arrives à 3 heures, si t'arrivais à 4h30, t'avais pas de lit, y'avait pas de place. Pis l'autre, la Seaton House, c'était la même affaire. Y'a une journée, j'en ris aujourd'hui, mais j'riais pas là. On arrivait soul, pis y nous couchions sous le mattress dans la place, j'avais un beau jacket à mon frère, y'avait payé 500-600\$, quand j'm'ai réveillé le matin, y'avait pus de jacket. Mon frère me parle pas encore aujourd'hui, y croit que j'l'avait vendu pour d'la boisson. J'cherchais pour la chaleur.* Ce participant, qui maintenant fréquente la banque alimentaire, trouve le service rigide et la nourriture, de pauvre qualité : *Oui, tu peux yen-que aller une fois par mois. Comme moi, j'ai été l'autre jour, mais j'étais oubligé de l'donner parce que j'peux pas le manger. Y'a trop de sel. Y te dounont quoi-ce qu'y avont, toi arrange-toi. Non, pas de spécial pour parsonne.* En ce qui concerne les trois autres participants, ils n'ont pas utilisé beaucoup les services communautaires pour des raisons différentes. Rappelons que le participant ID10003 utilise surtout le YMCA pour faire de l'entraînement physique. Quant au participant ID10010, il a fréquenté un centre religieux où il a rencontré une amoureuse et un autre centre pour personnes handicapées puisque celui-ci souffre, depuis son adolescence, d'un handicap physique suite à un accident. Enfin, le participant ID10106 a lui aussi fréquenté un centre d'hébergement pour quelques semaines: *Oui c'est ça j'ai été au centre pis après ça deux jours dans une tente pis après j'ai été au centre, quoi c'qu'est la*

maison là là, pour sept jours. De plus, il fréquente la soupe populaire et en éprouve de la gêne : T'arrive là c'est plein de monde pis c'est comme gênant un ti peu là, inconfortable.

c. Expériences en lien avec la santé mentale et les services qui y sont associés **Groupe expérimental en milieu rural**

Certains des participants ont commencé très jeunes à identifier des comportements ou des attitudes qui leur semblaient anormaux : *Je dirais cinq ans. Moi j'savais que j'étais pas comme les autres* (PR4). *Probably la première fois que j'ai été à l'hôpital. 10-11 ans. Y m'ont mis sur des pills à 11 ans. Des pills pour l'anxiété* (PR2). Toutefois, plusieurs d'entre eux ont vécu des changements majeurs à l'adolescence où les symptômes se sont aggravés. Une participante déclare que tout cela a commencé très doucement pour finalement avoir, vers l'âge de 15 ans, des hallucinations auditives persistantes. Elle a été hospitalisée pendant un mois. À cette époque, on avait diagnostiqué une psychose due à la schizophrénie. *J'sais pas comment tu dirais ça là comme, je feel, je feela des affaires pis c'était fréquent là* (PR21). Une des participantes mentionne que les arts faisaient partie de sa vie : *Ben j'étais, j'étais vraiment paranoïaque pis j'étais comme dans mon petit monde, dans mon petit monde artistique pis à part de ça je, je, je voyais vraiment les systèmes pis sa grosse machine pis je voulais pas faire partie de ça, je voulais juste faire des arts, je pouvais pas me voir entrer dans ça si tu veux, ça marchait pas pour moi* (PR26).

Lors des premiers symptômes, il est difficile pour les participants de croire qu'ils ont un problème de santé mentale. Une participante a été hospitalisée deux fois pour des périodes de deux mois avant d'accepter et de prendre des médicaments. *Ben c'était, c'est ça, ils m'ont expliqué que c'était au niveau du cerveau pis c'était un débalancement chimique pis toute ça pis que, c'est important, la deuxième fois j'ai accepté ça là* (PR26). À l'adolescence, il y a un taux de consommation de drogues et d'alcool qui semble contribuer au déclenchement de la maladie. Certains participants sont persuadés que la drogue a été l'élément déclencheur de leur maladie et ils en ressentent de la culpabilité. Toutefois, un autre facteur est mentionné pour d'autres participants. Il s'agit d'un choc émotif qu'ils ont subi qui leur a fait perdre pied et où la consommation d'alcool et de drogues y était pour quelque chose : *Mais il y en a un de mort en 2004, le mois de février, le 12 avril 2004, pis le 8 de mai 2004 ben là ma mère s'a fermé les yeux fait que là j'ai tombé, perdre un garçon, perdre une mère, perdre mon père en 2000, ça tout fessé tout d'un coup là* (PR17).

Les expériences en lien avec la santé mentale et les services dépendent grandement de la trajectoire de vie et de la situation des participants avant d'entrer dans le projet Chez Soi. Deux éléments ressortent de façon marquée des récits de vie. Le premier élément a trait à l'établissement d'une relation empathique avec un professionnel. Les participants qui ont une bonne relation, qui sont écoutés, compris, respectés ont tendance à se référer spécifiquement à cette personne pour décrire une expérience plus générale. Le second a trait à une relation difficile avec leur psychiatre. Ils déplorent le manque d'informations et le peu de temps que leur consacre le psychiatre pour leur expliquer leur problème de santé mentale. Ils ont souvent l'impression de n'être pas traités comme des humains. Ils ont besoin de sentir qu'il y a une reprise du pouvoir de la personne. Comme ils le mentionnent, après tout, ce sont eux les experts. Ce sont eux qui vivent avec le problème de maladie mentale. Ils se sentent diminués et jugés. Ce que les participants trouvent le plus difficile est le changement de médication, suite à un changement de diagnostic, suite à un changement de psychiatre : *J'ai yinque eu le diagnostic après mon 7^e psychiatre. Ils changent les médicaments icitte pas là, j'vois un psychiatre, pis deux mois plus tard j'vois un autre psychiatre, pis ça continue comme ça, ainsi de suite* (PR4). *Plus j'ai été un test object pour*

les médicaments, quand j'étais jeune là, à 15-16-17-18 ans là, t'sais, j'passais à travers 8 médicaments là comme. J'avais été though 7 ans de traitement pis j'feélais pas any better que quand j'ai commencé (PR4). Ben, j'ai... ils me donnaient assez de pills que ils savaient pas quoi c'est me donner. So ils ont essayé toutes sortes de façons, j'sais que la première fois, j'crois que je prenais une vingtaine de pills (PR19). Mes médicaments c'est tout mêlé, ça peut être pour la schizophrénie ou bipolaire, je m'arrange avec ça oui (PR21). La majorité des participants trouvent que leur psychiatre ne les écoute pas, surtout lorsqu'ils lui parlent des effets secondaires comme la difficulté d'avaler, le gain de poids, l'impression d'être gelé, la tête lourde. Ces effets secondaires provoquent souvent l'arrêt des médicaments et s'ensuit une rechute. Un participant préfère ne rien prendre et il s'entraîne, fait attention à son alimentation.

Les relations positives et empathiques avec un professionnel de la santé sont décrites par les participants comme des relations où ils sentaient que le temps qu'ils passaient avec la travailleuse sociale, la ou le psychiatre ou l'intervenante communautaire était un temps à eux, pour eux, avec eux. Ils apprécient particulièrement que les professionnels soient flexibles, surtout lorsqu'ils semblent contourner le système aux yeux des participants : *yeah he is a very really really good doctor. Once there was a client who wasn't allowed to go to the drug serve to get his methadone and the doctor would actually go to the drugstore pick up his methadone and bring it to the office for him to come and pick it up. You don't see a doctor doing that* (PR15). *Pis ça me faisait manger (marijuana), pis moi tant que je mange, ça hausse mon moral, ma santé, pis là j'ai parlé de ça avec mon docteur pis là, c'est encore illégal, c'est la drogue, c'est la drogue, ben mon docteur a dit qu'elle est illégale à cause que le gouvernement l'a mis illégale* (PR17).

Les participants apprécient d'autant plus les professionnels lorsqu'ils sentent qu'ils sont uniques aux yeux de l'intervenant : *Comme toute travaillait contre moi, so j'avais... J'savais ça, c'est la seule affaire qui me faisait sortir de la maison. Oui parce que ça me donnait de quoi à me lever pis comme elle m'a beaucoup aidé parce qu'elle sait d'où ce que je viens de* (PR25). *Ben depuis longtemps j'étais pas suivi, je voyais personne, pis juste quand que j'ai déménagé (dans la maison de transition) que c'est ça là j'ai eu une travailleuse sociale. Oui, pis c'était correcte parce que souvent j'allais prendre une marche, j'avais des idées paranoïaques pis je savais pu si ça faisait du sens, fêque j'allais voir ma travailleuse sociale pis elle me clarifiait les idées là, après je me sentais mieux* (PR26).

Il faut ajouter à ces relations empathiques le rôle des aidants naturels pour plusieurs de nos participants. La sœur, les parents, l'ami de cœur, le frère, la nièce, lorsque la relation est bonne, elle est la forme de soutien la plus importante pour les participants. Si les services de l'équipe TCD permettent aux aidants naturels d'avoir un peu plus de temps pour eux-mêmes, ils continuent d'être présents dans la vie des participants, mais ont maintenant l'occasion d'avoir plus de temps de qualité, de loisirs ensemble : *Ça, je lui ai promis que j'essaierais de faire mieux, pis là elle m'amenait voir mon garçon pis la ex à Sussex pis je m'ai embarqué là-dedans* (PR17). Il ne faut pas minimiser le soutien apporté aux participants par les regroupements tels que les alcooliques anonymes, les groupes de prières, les classes d'art et autres activités de création.

Lorsque les participants parlent d'expériences qui ne se sont pas bien déroulées avec les services, plusieurs blâment leur consommation comme étant la raison première pour laquelle l'expérience a mal tournée. *J'ai mové à transitional housing après ça. À Moncton, presque un an. Je faisais des drogues dans ce temps-là, ça workait pas* (PR2). Une participante qui s'était fait retirée la garde de ses enfants en partie à cause de sa consommation de drogue, explique qu'elle se sentait manipulée par sa travailleuse sociale et trouvait injuste les tests sanguins qu'elle devait faire pour réobtenir la garde de ses enfants. *Pis je prenais des prises de sang parce qu'ils m'ont dit comme si j'avais 3 prises, si j'avais 3 drugs tests de suite clean, que je pourrais back avoir*

mes enfants. J'ai beaucoup, beaucoup eu de la misère par rapport à eux, ils jouaient beaucoup avec ma tête (PR25).

Groupe de comparaison en milieu rural

Les témoignages des participants sont similaires au groupe expérimental en ce qui a trait à l'identification des symptômes en bas âge, à leur intensification à l'adolescence, à une première crise menant à une hospitalisation, crise déclenchée par un événement traumatique, par la consommation intense de drogue ou d'alcool, une rupture ou un choc émotionnel. Tout comme pour les participants du groupe expérimental, les participants ont une relation mitigée vis-à-vis des psychiatres. Tout dépend de la relation empathique établie. Les effets secondaires des médicaments, le manque d'alternatives et une période longue de stabilité sont souvent des raisons suffisantes pour arrêter de les prendre. Certains participants sont au fait de leur diagnostic et en parlent ouvertement, alors que d'autres ne croient pas vivre de problèmes de santé mentale et ne comprennent pas pourquoi ils doivent prendre tous ces médicaments.

Les participants parlent beaucoup des répercussions négatives de la maladie mentale dans leur vie quotidienne par rapport à la difficulté d'être fonctionnels, d'avoir des amis, d'être autonomes : *Je fais des grosses attaques de panique, ça me réserve, ça me réserve des fois. Des fois j'aimerais participer à quoi que ça soit [...] Il n'y a pas tout le temps de logique à moi [...] Je n'en ai pas d'amis tout de suite. Je m'éloignais tout le temps le moment que quelqu'un s'approchait. Je pensais «how can somebody like that like me? Are they gonna be too demanding on me?» [...] J'essaye d'éviter des affaires parce que des fois je dis des affaires pis je pense « quoi ce que j'ai dit ça pour? » Je panique, je suis anxieuse pis là quelque chose sort que je ne voulais vraiment pas qui sort (PC15). Je ne sors pas ben, ben l'hiver, ça me met sur mes nerfs en voiture. Je ne visite pas trop non plus (PC26). I wasn't doing anything in school, I was getting like 70's, 80's, 90's in grade 11 and in grade 12 I got 30's and 40's, I couldn't do my homework either I was just sitting there (PC4).*

Plusieurs se sentent stigmatisés, ostracisés et mal compris par la société : *[Ça fait] longtemps que ça été mal compris, les maladies de cerveau. On est des fous pis des folles, tsé on vit ça. Moi j'ai vu ben des commentaires. [...] Faut comprendre que tu peux quand même fonctionner dans la société (PC15). J'aimerais bien aller travailler moi, mais la plupart du temps le monde fermerait la porte au nez, il n'y a pas grande chose pour les gens bipolaires, schizophrène, tout ça. [...] Le reste du monde nous oublie. C'est comme si qu'on est jeté à la poubelle, comme on ne vaut rien (PC26).*

Groupe expérimental Moncton -Femmes

L'ensemble des participantes a vu ses symptômes apparaître à l'adolescence. Toutefois, chacune a aussi eu de longues périodes sans suivi ou diagnostic. ID10113 fait plusieurs tentatives de suicide et s'automutile : *C'était de 16 à 17 ans, j'étais toujours à la maison, je sortais jamais, je parlais quasiment même pas à ma mère, je dormais les journées, je restais réveillée toute la nuit pis j'avais beaucoup d'anxiété.* Elle se présente plusieurs fois à l'urgence pour avoir des médicaments, mais lorsqu'elle se présente les poignets en sang, on lui donne une prescription. ID10105 est hospitalisée deux fois avant de recevoir un diagnostic de schizophrénie : *J'avais pas de diagnostic pour six mois. Après que j'ai commencé à prendre des crises parce que personne voulait m'expliquer.* Comme les médicaments la font dormir, elle perd ses emplois. ID10146 a à partir de douze ans des problèmes de dépendance et ne reconnaît ses symptômes qu'à l'âge de 27 ans. ID10018 a aussi des problèmes de consommation. Elle se retrouve à l'hôpital suite à une

tentative de suicide : *C'était un ange. Il m'a sauvé la vie... j'avais jamais trusté personne, j'm'ai mis les mains en lui pis je me suis dit, s'il est assis là, il m'a pas encore hurté, il m'a mis sur les médicaments, il m'a écrit une lettre pour dire ce que je sentais, tous des petits détails... Il savait.* Toutefois, ses médicaments la font grossir et elle se fait vomir. Suite à une rechute, son psychiatre lui prescrit des médicaments qui ne la font pas grossir. ID10102 est probablement bipolaire. Elle s'automutile sur le ventre et, sans être suicidaire, dit vouloir mourir. *I saw a psychologist... then the outreach worker, she was really good, she was trying to help me get a place... took me to the food bank twice... I was open to any help that I could get at that time, like you know, I'd accept any help cause I knew I needed it.*

Groupe expérimental Moncton -Hommes

Les cinq participants ont eu des problèmes de consommation de drogue ou d'alcool. ID10126 identifie même sa forte consommation comme déclencheur de sa schizophrénie. *J'faisais beaucoup de chimiques pis des affaires pis à partir de ça, les choses ont déclenché comme un peu rapidement.* Deux autres participants identifient aussi l'apparition des symptômes en début de vingtaine. ID10068 identifie le décès de son frère comme déclencheur. Il sera diagnostiqué bipolaire schizo-affectif. *J'pensais que quelqu'un me suivait... j'commençais à m'imaginer des scénarios dans les maisons où-ce que je vivais d'dans.* Tout comme ID10126, il trouve difficile de vivre avec le gain de poids qu'amène la médication. *Ça a été un gros problème là, parce que moi tout d'suite j'pèse 310, pis j'fais du cholestérol asteur... la médication qui m'faisait prendre du poids, ben, j'les prends pus.* ID10094, diagnostiqué schizophrène, ne considère pas son état comme une maladie. *On est parfait dans l'esprit tu sais, but on oublie qu'on est des humains spirituels aussi... si c'est pas contrôlé, ça sort de même.* Deux participants retracent l'origine de leur état à une enfance difficile. ID10042 a été agressé et laissé pour mort à neuf ans. Il a eu un suivi en santé mentale de 1994 à 2007, année où il a fait de la prison, où les services n'étaient pas disponibles. ID10058 n'a jamais été confortable avec les gens, a fait plusieurs tentatives de suicide et a subi des électrochocs. On lui a diagnostiqué avec une dépression chronique en raison de la dureté de son enfance.

Groupe contrôle Moncton -Femmes

On remarque que plusieurs participantes ont eu leurs premiers symptômes à l'adolescence. Depuis l'âge de neuf ans une participante entend des voix qui ne sont pas gentilles à son égard. Toutefois son père lui dit que c'est parce qu'elle est fatiguée. C'est seulement depuis six mois qu'elle découvre qu'elle a des problèmes de santé mentale. ID 10099 dit : *Non, j'ai jamais cru j'avais un problème, (i needed help) c'est le problème j'avais c'est entendre des voix pis ça. J'me parle des fois à moi-même pis ça r'garde mal. I dont like asking help.* ID10133 a quant à elle été suivie par le psychologue de l'école. *Wan, mais j'ai toujours été une personne sensible, toujours toujours été une personne sensible.* Elle dit ne pas avoir aimé l'hospitalisation. Elle n'a pas aimé l'hospitalisation parce que c'est mixte. *So, y'avait des hommes là qui étaient (entraîn d'se battre), y'avais que, des hommes qui ont pas le droit d'venir, la way qu'c'est à l'hôpital anglaise comme, y'a des chambres, des p'tites chambres là pis y'a un room qu'est comme un common room.* Sa prise de médication n'est pas régulière et la consommation a fait office de placebo. Pour ID 10097: *J'prends du méthadone, j'prends des, j'avais arrêté mes Ativan ça fait un an et six mois, j'ai back commencé à prendre des Ativan, j'suis ((?)) su la rue. J'prends des Percocet.* Quoi qu'il en soit, la consommation d'alcool et de drogue ont été utilisées et le sont encore pour certaines comme traitement en santé mentale accompagné de plusieurs tentatives de suicide.

Groupe contrôle Moncton –Hommes

Les premières expériences en santé mentale chez les participants ont lieu à l'adolescence. Ceux-ci parlent également de consommation et de drogue au début des symptômes en guise de compensation. Les premiers symptômes apparaissent entre 14 et 17 ans. ID 101019 dit : *j'avais 14-15 ans. J's'avais j'étais pas bien. J'allais sur la beach au Cap-Pelé, j'regardais les étoiles pis j'disais, quoi-ce qui va m'arriver?* Ce n'est qu'à la suite d'une tentative de suicide en 2009 qu'il est hospitalisé et ose parler de son abus. Il déclare avoir de bons services, mais a eu une mauvaise expérience en 2003. ID10034 vit dans la rue dès l'âge de 15 ans. Il a quitté la réserve pour ne pas avouer son homosexualité. Il étudie l'art et vend ses dessins. Il n'a jamais utilisé les services en santé mentale. ID10106 dit avoir fait une grosse dépression à l'âge de 13 ans suite à l'abus sexuel de son père. Il ne s'en est jamais remis complètement. *J'ai été à l'hôpital, j'avais treize, quatorze ans, une grosse dépression. J't'ai toujours drogué pis toujours comme dormais tout le temps pis comme.* Aujourd'hui, il dit être satisfait des services, mais a dû faire de la pression auprès des dirigeants pour obtenir des services adaptés à ses besoins. ID10010 dit sentir une noirceur en dedans de lui depuis son adolescence. Il déclare n'avoir jamais utilisé les services. ID10003 expérimente ses premiers symptômes à 17 ans. Il est très anxieux et paranoïaque et ne peut plus contrôler ses pensées. Il est hospitalisé et diagnostiqué pour un état psychotique dû à sa consommation de drogue. Par la suite, il est hospitalisé à maintes reprises lors du décès de son beau père. Il prend plusieurs médicaments pour la santé mentale et il n'est pas satisfait des services. Selon lui, il s'est senti comme si le personnel ne *carait pas*. Il souligne que ces derniers ont leur routine et ne sont pas toujours conscients que certaines personnes ont réellement besoin. *They were doing their routine everyday job and didn't understand that are people out there that really need help. It is just normal to them.* Mentionnons que les participants qui ont utilisé les services en santé mentale y ont vécu des expériences difficiles. Notamment le manque de disponibilités des services, le manque d'écoute de la part des psychiatres au niveau des effets secondaires des médicaments et le manque de temps pour une meilleure explication de la maladie. Également, le manque de respect de leur intégrité et de leur choix dans l'accompagnement thérapeutique.

V. Conclusion

a. Thèmes ou questions transversaux

Premièrement, les relations (bonnes, mauvaises, drames, abus) : familiales, amoureuses, filiales, avec les travailleurs sociaux et les psychiatres. Est-ce que le fait d'avoir un logement et un service personnalisé a permis aux participants de renouer avec leur famille, de se faire de nouveaux amis, de faire face à des problèmes du passé et de désirer les résoudre ?

Deuxièmement, l'expérience scolaire au primaire et au secondaire est importante particulièrement pour les interviewés âgés de 19 à 34 ans pour qui l'expérience est récente. Il serait intéressant d'approfondir cet aspect de la vie des interviewés, en particulier ceux qui ont déjà mentionné cette période de leur vie. Pourquoi l'école est-elle devenue rapidement une expérience traumatisante ?

Troisièmement, la médication est un problème pour tous les participants : il serait intéressant d'approfondir cet aspect dans une prochaine recherche. Les effets secondaires sont abordés par tous les participants. Les participants aimeraient être mieux écoutés par leur psychiatre et avoir un meilleur dialogue et compréhension de leur historique de médication. Il serait intéressant de demander aux participants ce qu'ils conseillent pour l'amélioration de la relation avec leur psychiatre par rapport à la médication, incluant les participants qui ne la prennent pas et qui actuellement ne peuvent pas dire la vérité à leur psychiatre.

Quatrièmement, les problèmes de consommation sont aussi abordés dans les entrevues. Consommation et emploi. Consommation et relation familiale. Consommation et santé mentale. Approfondir la question de la consommation. Plusieurs participants continuent de consommer. Comment perçoivent-ils leur consommation maintenant qu'ils sont logés? Y a-t-il des participants qui ont arrêté de consommer? Comment le vivent-ils? Que se passe-t-il pour les autres? Ont-ils le même cercle social de consommation qui profite du logement comme lieu de rencontre pour consommer?

Cinquièmement, la première expérience liée à la santé mentale. La première hospitalisation semble être l'expérience la plus décrite par les participants. On parle aussi de l'enfance, de se sentir différent des autres, mais cet aspect n'est pas approfondi. Il serait intéressant d'approfondir la question de la différence. Par rapport à qui, à quoi? Est-ce qu'ils ont toujours perçu cette différence comme négative? Pour ceux qui pratiquent un art, est-ce que cette différence a aussi pu contribuer positivement?

Sixièmement, l'acceptation de la maladie mentale, la perception de soi par rapport aux possibilités de travailler, d'être autonome. Est-ce que les participants ont une idée du type d'emploi qu'ils aimeraient faire? Est-ce que les seules possibilités doivent être Tim Horton, les magasins à grande surface, les supermarchés, laver la vaisselle dans les restaurants?

Septièmement, les pratiques artistiques et alternatives qui permettent aux participants de se sentir mieux : instrument de musique, peinture, cuisine, Tai Chi, méditation, décoration, pratique religieuse (prière), bénévolat, prendre soin d'un animal de compagnie, en apprendre plus sur sa maladie et les médicaments en faisant ses propres recherches. Il serait intéressant d'approfondir les raisons du choix d'une pratique artistique et ce qu'elle procure au participant sur le plan de son bien-être et de sa créativité.

Finalement, un thème émergent pour tous les sites : l'importance de la géographie. Par géographie, nous entendons ici différentes constructions spatiales telles que la cartographie mentale des services, du logement, du quartier et du territoire pour les participants. Cette relation à l'espace est autant mentale, sociale que physique (mouvement). À ce titre la question du confinement géospatial tout autant que la mobilité rurale/urbaine et territoriale d'une province à une autre et du Canada aux Etats-Unis revêt une grande importance.

Les thèmes mentionnés sont également présents dans les récits des participants du milieu rural et du milieu urbain. Toutefois, pour Moncton d'autres s'y ajoutent, comme la question de la prostitution chez les femmes, qui fait office de gagne-pain. De plus, cela leur permet de ne pas utiliser les organismes communautaires qui offrent de l'hébergement puisqu'elles déclarent ne pas se sentir sécurisées comme femme. Peut-être y aurait-il lieu de questionner l'hébergement. Enfin, un autre thème abordé est le rôle de parents que certaines femmes exercent ou qu'elles ont perdu comme droit. La question de la santé mentale et du rôle parental n'est pas approfondie.

b. Réflexions et leçons tirées

La question de la vision du futur a été posée de façon à savoir si le participant entrevoyait une guérison ou quels étaient ses désirs pour le futur. Plusieurs participants ne croient pas qu'ils se rétabliront un jour, ils croient qu'ils devront vivre avec des problèmes de maladie mentale pour le reste de leur vie. D'autres ne croient pas qu'ils vivent avec des problèmes de santé mentale, ils croient que c'est une période de leur vie qui passera (PR11, PC21). Un des participants croit que c'est en se connaissant mieux qu'il est possible de sentir arriver une crise et éventuellement d'avoir des outils pour l'éviter. Plusieurs participants pratiquent la méditation, un instrument de musique, un art et semblent apprécier cette pratique pour se sentir équilibré. La majorité reconnaît qu'ils ont de la difficulté à gérer leur stress et qu'un trop-plein de stress peut

les amener à une crise. Ils disent donc vouloir travailler, mais trouver un emploi qui ne générera pas trop de stress. Ils aimeraient utiliser un de leurs talents et le développer dans un travail comme la passion des chiffres (PR4), la voyance (PR21), la peinture (PR26), travailler le bois (PR17), faire du bénévolat et partager son expérience en santé mentale (PC 15). PR 17 dit aussi désirer avoir une voiture pour pouvoir aller visiter plus régulièrement son fils qui habite dans une autre localité. D'autres aimeraient avoir leur propre maison (PR2, PR7, PC13, PC17) et une roulotte (PR19). Ils aimeraient avoir un compagnon ou une compagne, éventuellement des enfants, ou obtenir leur garde pour ceux qui en ont et avoir suffisamment d'argent pour vivre. Le participant le plus âgé est philosophe : *moi ma philosophie c'est hier est comme un rêve, aujourd'hui est réel pis demain nous appartient pas. Plan pas demain parce que ça l'arrivera pas comme tu le plan* (PR13). PR 25 désire réapprendre à vivre, se débarrasser de ses attaques de panique lorsqu'elle doit sortir de la maison. Pour une autre participante (PR21) la guérison voudrait dire apprendre à dire non.

Dans le cadre du volet de Moncton, le rétablissement passe par l'avènement d'un confort relatif. Plusieurs participants rêvent d'avoir un appartement à eux. Un lieu avec des appareils ménagers et de la nourriture. ID10019 déclare : *Ah ça serait un miracle. Pis j'le sais que ça viendrait pas longtemps, peut-être pas à 100%, mais à 80%, parce que j'ai tout le knowledge. J'ai besoin du courage, pis j'ai besoin de l'aide. J'ai besoin d'avoir un p'tit appartement you-ce que j'peux m'asseoir, you-ce que j'peux avoir mes amis du AA pis avoir mes p'tites meetings*. Un autre, ID10106, qui retourna à l'école et désire un travail : *Ben la ça fait trois mois que j'vis cite pis comme mind pas d'vivre avec lui mais j'aimerais mieux avoir mon chez nous tout seul là. Parce que moi pis lui on est pas du même type. Lui a plus de problème que moi, pis comme moi maintenant (j'va collègue) pis tout ça pis ça m'dérange pis comme*. Pour ID10042, le rétablissement serait un miracle mais il vise plutôt à *vivre confortable, which que l'appartement me donne beaucoup là-dessus* tandis que ID 10003 aimerait un bon salaire, être marié et du counseling catholique.

L'état de santé et particulièrement les effets liés à la médication constituent un autre enjeu. Pour ID10034, qui souffre d'une maladie des yeux et d'une encéphalite, ce serait aussi de pouvoir consulter un bon médecin pour s'assurer que tout va bien. ID10097 aimerait aussi de bons médicaments : *J'aurais besoin des médicaments qui m'stabilise que j'ai pas des up pis des down, eh, queque chose pour enlever la rage d'en moi. Quelqu'un à parler avec*. Pour ces participantes, le rétablissement correspond à une meilleure santé générale. Pour ID10105 : *Juste m'occuper d'être en bonne santé... Je peux penser à moi-même, prendre un appartement*. Pour ID10113, le rétablissement serait surtout d'arrêter de s'automutiler : *C'est quand même une chose qui est vraiment dure à faire parce que c'était ma première technique à m'en sortir*.

Chez certains participants masculins, le rétablissement est lié à Dieu. ID10058 souhaite s'éloigner des drogues et se rapprocher de Dieu. ID10126 souhaite que Dieu enlève le Démon en lui. *La maladie d'même ça vient pas de Dieu ça vient de l'adversaire... C'est pas queque chose d'une plante ou d'un chimique qui va arranger ça c'est queque chose de spirituel* ID10010 souhaiterait pour sa part que la mentalité du monde change face à la santé mentale.

Chez les femmes, on retrouve également la question des enfants et de la sécurité. ID 10099 souhaite avoir un appartement convenable pour élever son deuxième enfant et être en sécurité. Toutefois, pour ID10114, le rétablissement signifie faire des plans d'avenir et elle ne veut plus en faire pour ne pas être déçue. Elle aimerait le retour de ses enfants. ID10146 tient par dessus tout à se sentir en sécurité : *I was in danger, I was attacked and raped. Kidnapped for four hours just last summer*. Pour ID10102, le rétablissement signifie avoir accès à de la thérapie et à ses enfants. Certaines expriment aussi des démarches de travail sur soi. Pour ID10133, un

*Rapport écrit par Natasha Prévost pour l'étude en milieu rural et Danielle Nolin pour le site de Moncton.
Entrevues réalisées et analyse effectuée pour l'étude en milieu rural par Lindsay Flowers, Danielle Nolin et Natasha Prévost. Pour le site de
Moncton par Hélène Albert, Danielle Nolin et Lise Savoie.*

rétablissement serait d'avoir des cours sur l'estime de soi et la confiance. Pour ID10068, cela passe par une démarche d'acceptation de sa maladie et moins d'effets secondaires de la médication ; pour ID10094 cela passe par le contrôle de son état. Pour certaines participantes, le rétablissement passe par un travail sur soi. ID10018 souhaite avoir des ateliers sur l'estime de soi et la résolution de problèmes : *J'veis me faire une base, une fondation forte.*

ANNEXE A

QUALITÉ DE LA COLLECTE ET L'ANALYSE DE DONNÉES

RÉCITS DE VIE DE BASE

Échantillonnage

Mesures prises pour assurer que l'échantillon reflète la population locale à l'étude: Le recrutement que nous avons effectué pour le volet qualitatif pour le site de Moncton s'est fait à partir de la base de données fournie par T. Monger, responsable de l'équipe quantitative sous la direction de S. Leblanc. Celui-ci s'est fait à partir des organismes communautaires, des milieux hospitaliers, des services en santé mentale déjà existants et d'autres organismes oeuvrant dans le domaine de la santé. L'équipe a rencontré ces personnes pour s'assurer qu'elles rencontrent les critères de sélection soit : être âgé d'au moins 18 ans, n'avoir aucune personne sous sa responsabilité, avoir des problèmes de santé mentale, avoir vécu deux épisodes d'itinérance d'au moins sept jours consécutifs ou une épisode d'une durée d'un mois ou vivant dans une situation précaire tel qu'une chambre ou un logement insalubre. Notons que le *couch surfing* est une situation également retenue aux fins de la recherche. Un questionnaire informatisé était alors administré par l'un des membres de l'équipe de recherche quantitative, permettant d'obtenir ces informations et ce n'est qu'à la fin du questionnaire que le participant était informé de son éligibilité au nouveau service, soit d'obtenir un logement ou de faire partie du groupe de comparaison. Notons que cette sélection était aléatoire. Chacun des deux groupes, expérimental et de comparaison, comprend cent personnes.

À partir de cette liste mise à jour à chaque mois, une rencontre entre D. Nolin et H. Albert de l'équipe qualitative a eu lieu chaque mois afin de déterminer le recrutement des personnes avec qui seraient menées les entrevues. Les deux éléments les plus importants pour le recrutement étaient de s'assurer de la diversité de la clientèle et que, en ce qui a trait aux personnes du groupe expérimental, l'entrevue ait lieu deux semaines après leur entrée en logement. En ce qui concerne la diversité, trois facteurs étaient considérés de façon prioritaire. Le premier concernait l'âge des participants. Nous voulions obtenir le plus large éventail possible. Nous avons donc recruté des personnes âgées de 19 ans à 62 ans. Le deuxième critère concernait la langue. Il est important de mentionner que le grand Moncton englobe les villes de Moncton, Dieppe et Riverview. Notons que la ville de Dieppe est considérée comme le bassin francophone de cette agglomération. Nous avons donc recruté 8 participants francophones et 12 participants anglophones. Enfin, le troisième facteur concernait le sexe. Nous avons choisi 10 hommes et dix femmes. Il importe de noter qu'au départ nous avons recruté 10 personnes dans le groupe expérimental et 10 personnes dans le groupe de comparaison. Puis, lors d'une réunion de recherche qualitative nationale, il a été question d'augmenter le nombre d'entrevues en vue de possibles désistements. Toutefois, à la réunion suivante, cette option n'a pas été retenue. Entretemps, nous avons tout de même recruté une autre personne dans le groupe expérimental. Par la suite, une personne du groupe de comparaison s'est désistée suite à l'entrevue et l'équipe qualitative n'a pas été mise au courant. Nous nous retrouvons donc avec un total de 11 participants dans le groupe expérimental, soit 6 femmes et 5 hommes, et un total de 9 pour le groupe de comparaison, 5 hommes et 4 femmes.

Description du processus de sélection de l'échantillon intentionnel (s'il y en a eu):
L'étude en milieu rural ne comportait pas de groupe de comparaison dans son devis de recherche

initial. Le recrutement des participants s'est effectué à partir de l'identification de participants potentiels vivant avec des problèmes en santé mentale par l'équipe du Centre de santé mentale communautaire de Richibucto, des personnes bénévoles de Cap-Pelé, des travailleuses sociales du Centre de ressources et de crise familiale Beauséjour de Shédiac et des psychiatres de Moncton. Les participants potentiels devaient avoir reçu un diagnostic de trouble mental. Les troubles recherchés étaient la schizophrénie, la dépression majeure et le trouble bipolaire. Lorsque le participant potentiel n'avait pas obtenu un diagnostic, une infirmière du Centre de santé mentale communautaire rencontrait le participant pour réaliser une évaluation PEU (Point d'entrée unique), qui sert à établir, en partie, si le client est admissible pour les soins de longue durée. Ensuite, par souci de former un échantillon représentatif de la réalité de l'itinérance en milieu rural, 11 participants issus du milieu familial, 2 participants en situation de *couch surfing*, 4 participants qui vivaient en maisons de chambres, 5 participants en foyers de soins et 3 participants sans-abris ont été recrutés. Les 25 participants en milieu rural habitent entre les localités de Saint-Louis-de-Kent et de Cap-Pelé. Le territoire couvert, en incluant les localités situées à l'intérieur des terres, est d'environ 140 kilomètres.

Description des modifications apportées (s'il y en a eu): En janvier 2011, il a été décidé qu'un groupe de comparaison serait souhaitable en milieu rural. Cette fois, seulement le personnel du Centre de santé mentale communautaire de Richibucto a fait le recrutement en pairage, basé sur le sexe, l'âge et la situation de logement. Les troubles de santé mentale recherchés étaient les mêmes que pour le groupe expérimental. En mai 2011, 25 participants potentiels avaient été identifiés et en juin 2011, 25 participants formaient le groupe de comparaison en milieu rural dont 10 participants issus du milieu familial, 10 participants vivant en foyers de soins et 5 participants vivant en couple (1) ou seuls (4).

Intervieweurs

Description de qui ont mené les entrevues: Pour l'étude en milieu rural, D. Nolin et N. Prévost ont réalisé les entrevues. Elles les ont réalisées seules ou accompagnées de l'assistante de recherche L. Flowers, qui réalisait alors une partie de l'entrevue. L. Flowers a réalisé les entrevues avec les participants du groupe de comparaison. Pour le site de Moncton, H. Albert et D. Nolin ont réalisé les entrevues. La plupart des entrevues ont été réalisées dans les cafés ou au bureau de l'équipe TDC.

Description de la formation des intervieweurs (quand, où, participants, objectifs, résultats): D. Nolin et N. Prévost ont plusieurs années d'expérience, aucune formation n'a été requise. L. Flowers a accompagné D. Nolin et N. Prévost pour réaliser les entrevues et participe aussi à d'autres sous-études dans le cadre du projet Chez soi. Elle a pris de l'expérience en observant d'abord et ensuite en réalisant elle-même les entrevues. H. Albert possède une large expérience des entretiens qualitatifs.

Description de la supervision des intervieweurs (par qui, comment, à quelle fréquence): D. Nolin et N. Prévost s'appellent régulièrement après avoir réalisé une entrevue pour partager leurs impressions. L. Flowers a échangé de courts rapports par courriel pour informer N. Prévost qui a aussi coaché L. Flowers en lui donnant différentes stratégies lorsque l'interviewé est plus fermé ou a un problème d'élocution. L. Flowers a aussi mis au point ses propres stratégies d'entretien.

Concernant la supervision des intervieweurs de Moncton, il est important de mentionner que H. Albert et D. Nolin ont effectué toutes les entrevues. Elles étaient seules ou accompagnées. Il était donc important pour elles de se rencontrer une fois par mois pour échanger et par la suite effectuer le recrutement des participants.

Qualité des entrevues

Mesures prises pour assurer la qualité des entrevues dans leur ensemble: L'évaluation de la qualité des données a été réalisée par L. Savoie, chercheure dans le projet chez-soi. Malgré une absence de quelques mois lui permettant de terminer son doctorat, elle avait été présente depuis le début avec l'équipe qualitative. Elle était donc au courant des choix particuliers de Moncton, notamment le fait qu'un volet rural s'était ajouté. De plus, elle avait participé à la construction du questionnaire pour l'entrevue narrative avec l'équipe qualitative élaborée conjointement par les cinq sites officiels. Nous lui avons donc remis trois entrevues audio ainsi que les verbatim s'y rattachant. La sélection s'est faite à partir de notre échantillon initial, c'est-à-dire un participant du groupe expérimental de Moncton, un participant du groupe de comparaison de Moncton et un participant du groupe expérimental rural. Notons qu'au moment de l'évaluation de la qualité des données demandée par le volet national, le groupe de comparaison rural n'était pas encore constitué. L. Savoie a répondu à la liste de contrôle de la qualité des entrevues narratives (Annexe A) fournie par le national et a remis les résultats à la fin janvier par l'entremise de N. Égalité.

Transcriptions

Description du processus pour valider l'exactitude des transcriptions: Ayant conduit les entrevues, D. Nolin et N. Prévost ont pu facilement valider l'exactitude des transcriptions. De plus, pour l'étude en milieu rural les transcriptions ont été faites par L. Flowers qui était aussi présente lors de plusieurs entrevues. Il est noté que parfois les personnes parlaient en même temps ou des bruits venaient couvrir la conversation pendant quelques secondes ce rendait la transcription impossible. En ce qui concerne Moncton, les transcriptions ont été réalisées par différentes personnes. D. Nolin a donc supervisé l'exactitude des transcriptions. Notons qu'il a été difficile de recruter des personnes pour la transcription.

Implication dans l'analyse de données

Description de qui parmi l'équipe de recherche locale a été impliqué dans l'analyse de données: Pour l'étude en milieu rural, L. Flowers, D. Nolin et N. Prévost ont participé à l'analyse des données. Concernant Moncton, L. Savoie, H. Albert et D. Nolin ont participé à l'analyse en se partageant les différents thèmes du codage.

Description du rôle des intervieweurs dans l'analyse de données (s'il y en a eu): L. Flowers, D. Nolin et N. Prévost ont réalisé les entrevues pour l'étude en milieu rural. H. Albert et D. Nolin ont participé également aux entrevues et à l'analyse pour le site de Moncton.

Codage

Mesures prises pour faciliter la prise de décision tout au long du processus de codage: En ce qui a trait au processus de codage, l'équipe du projet rural, L. Flowers, D. Nolin et N. Prévost

ont d'abord lu toutes les transcriptions en effectuant une codification des thèmes abordés lors des entrevues et des thèmes émergents. Le guide d'entrevue du récit de vie de questions semi-structurées permettait de repérer facilement les passages qui étaient liés aux différents thèmes abordés lors de l'entrevue et qui se trouvent ici à la section IV des résultats. Tous les passages identifiés par les membres de l'équipe du projet rural lors de la codification ont été retenus, à l'exception de quelques passages qui avaient été mal interprétés et dont deux des trois coéquipières avaient interprété la même chose. Les membres de l'équipe se sont rencontrés une fois par semaine à partir du début d'octobre 2010 à la fin décembre 2010 pour discuter ensemble de leur codification respective pour la majorité des entrevues. Les questions en milieu rural ont été adaptées à la réalité des participants qui vivaient préalablement en milieu familial, en foyer de soins, en maisons de chambres ou qui faisaient du *couch surfing*. La codification est qualifiée de libre dans le sens où l'équipe cherchait aussi les thèmes émergents, autres que les thèmes déjà identifiés dans le questionnaire. L'intérêt pour l'équipe d'identifier ces passages réside dans l'importance de couvrir ces nouveaux thèmes dans la deuxième entrevue du récit après 18 mois, tout autant que de les partager avec les collègues au niveau national pour voir si certains thèmes émergents sont seulement liés au projet rural, ou si d'autres sites ont identifié ces mêmes thèmes.

Lors d'une rencontre de l'équipe de recherche Moncton/Rural à l'automne 2010, H. Albert a fortement suggéré que l'équipe qualitative utilise un logiciel pour faire l'analyse des récits de vie sur la base du nombre relativement élevé des entrevues. N. Prévost a choisi le logiciel libre *Transana* d'analyse de données qualitatives parce que la version choisie permettait à toutes les chercheuses et assistantes de recherche impliquées de travailler sur la même base de données simultanément et de voir les modifications enregistrées et mises à jour automatiquement. L'équipe de recherche du volet rural a d'abord poursuivi la codification manuellement et fit le transfert dans le logiciel une fois celui-ci prêt à être utilisé. Une fois arrivé à l'étape de l'analyse, le logiciel générait un rapport pour chacun des thèmes pour tous les participants, incluant les verbatim ce qui, ultimement, a fait économiser un temps considérable à l'équipe.

Pour Moncton, toutes les entrevues ont été conduites par D. Nolin et H. Albert. Ce sont les mêmes chercheuses qui ont pris en charge le processus de codage et d'analyse. Pour la codification des données, nous avons opté pour la mise en place de fiches synthèses. Ce modèle avait été proposé lors d'une conférence téléphonique nationale par l'équipe de Montréal. À partir de ce modèle, nous avons restructuré le contenu des entretiens afin d'en extraire le maximum de données possible. La première composante de la fiche synthèse est un résumé chronologique de l'histoire de vie du participant, suivie des états chronologiques du participant. Y est également répertorié, chronologiquement toujours, le contexte de logement et d'itinérance. Ensuite, il y est répertorié l'utilisation des services communautaires, que ce soit une soupe populaire, un centre d'hébergement ou tout autre service utilisé dans la communauté. Il en va de même avec les services utilisés en santé mentale, c'est-à-dire psychiatre, centre de jour, hospitalisation et travailleurs sociaux. Nous y faisons également ressortir les emplois que le participant a pu occuper ainsi que les relations amicales, amoureuses et familiales qu'il a eues tout au long de son histoire de vie. Nous dressons finalement le portrait d'une journée typique en contexte d'itinérance ainsi que le chemin du rétablissement et la vision du futur portée par le participant. À partir de ces fiches synthèse, les chercheuses D. Nolin, H. Albert et L. Savoie, qui a rejoint l'équipe pour cette partie, ont été en mesure de procéder à l'analyse des données selon les critères établis par la direction nationale de la recherche.

Notes de terrain

Description du processus d'inclusion des notes de terrain dans l'analyse de données : Pour l'étude en milieu rural, les notes de terrain n'ont pas été nécessaires étant donné que les mêmes personnes ont réalisé les entrevues, se sont appelées pour en discuter, se sont rencontrées une fois par semaine pour faire de la codification et de l'analyse ensemble et ont fait l'analyse des données. Le même processus est présent pour Moncton. H. Albert et D.Nolin se sont rencontrées une fois par mois.

Piste de vérification

Description du processus de documentation des données, événements et décisions méthodologiques durant chaque étape de la recherche: Ces décisions étaient dépendantes des décisions prises par l'équipe qualitative au niveau national. Elles étaient ensuite adaptées en consultation avec les personnes plus expérimentées impliquées dans le volet qualitatif pour l'étude en milieu rural soit D. Nolin et N. Prévost. D.Nolin a transmis à l'équipe de Moncton les directives qui provenaient l'équipe qualitative au niveau national.