

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Prévenir et réduire l'itinérance chez les personnes ayant une lésion cérébrale acquise : Une synthèse collaborative des connaissances

Chercheuse principale

Laurence Roy, Université de Montréal

Cochercheur.e.s

Carolina Bottari, Université de Montréal; Mélanie Bissonnette, Projet Logement Montréal; Marie-Ève Lamontagne, Université Laval; Marjolaine Tapin, Connexion TCC; Geneviève Thibault, Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement; Vincent Wagner, Université de Sherbrooke

Collaboratrices ou collaborateurs

Rachel Benoit et Naomi Bovi, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté; Benoit Desrochers, l'Auberivière; Benoit Durand, Association TCC des 2 rives; Isabel Gervais, Les YMCA du Québec; Frédéric Maari, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; Laurianne Seigneur, Le Chainon; Marie-Michèle Rancourt, Réseau Solidarité Itinérance Québec

Établissements gestionnaires de la subvention

Université McGill (1^{er} octobre 2023-31 août 2024); Université de Montréal (1^{er} septembre 2024-1^{er} janvier 2025)

Numéro du projet de recherche

2024-OTIS-339764

Titre de l'Action concertée

Programme de recherche sur l'itinérance

Partenaire(s) de l'Action concertée

Le ministère de la Santé et des services sociaux et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Table des matières

Table des matières.....	1
Remerciements.....	2
Sommaire	3
Résumé.....	4
Contexte de la recherche.....	9
Méthodologie	13
Principaux résultats.....	15
Pistes de solutions ou d'action préliminaires.....	25
Nouvelles pistes ou questions de recherche.....	31
Bibliographie choisie	32
Annexe 1 – Tableaux sociodémographiques	34
Annexe 2 – Liste de références complète	36
Annexe 3 - Infographie synthétisant les parcours vers l'itinérance et les pratiques prometteuses.....	40

Remerciements

La réalisation de cette étude n'aurait pas été possible sans l'engagement et la contribution de nombreuses personnes.

D'abord, nous remercions chaleureusement les 26 personnes qui ont accepté de se prêter aux entretiens d'histoire de vie pour nous permettre de mieux comprendre leurs parcours, leurs expériences et leurs besoins. Leur générosité et leur courage nous anime. Nous remercions également les intervenant.e.s et gestionnaires qui ont participé aux groupes de discussion et nous ont éclairé sur les réalités cliniques et sur l'urgence d'agir en prévention et en réduction de l'itinérance.

Merci à tous les milieux partenaires qui ont accepté d'accueillir les membres de l'équipe de recherche pour nous permettre de mieux comprendre les réalités terrain et de l'intervention, et sans qui le recrutement et la collecte de données n'auraient pas été possibles : l'Auberivière, l'Accueil Bonneau, Le Chainon, Dans la rue, la Maison du Père, la Mission Bon Accueil, la Mission Old Brewery, Projet Logement Montréal et le YMCA de Montréal. Merci également aux personnes qui ont été impliqués à titre consultatif ou pour favoriser le recrutement des participant.e.s du volet 3, en particulier Laurent Dyke, du Service de police de la ville de Montréal, Mélissa Tam du CIUSSS-Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal, et Hongyue Pan, de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. La contribution des experts de vécu, Roger et Martin, a été essentielle dès les premières étapes du projet et nous les remercions sincèrement.

Le projet a reposé sur le travail extraordinaire d'étudiants à la maîtrise en Sciences de la réadaptation de l'Université de Montréal, Roxanne Ducharme et William Jubinville (maintenant étudiant au doctorat en Sciences de la réadaptation). Nous remercions aussi les étudiantes, auxiliaires et professionnelles de recherche qui ont été impliquées à divers degrés dans les activités de recherche et de mobilisation des connaissances : Ana Paula Da Silva Salazar, Vanessa Seto, Kate Feather et Charlotte Hendryckx. Nous remercions Julianne Choquette Lelarge, la remarquable bédéiste qui a réalisé les récits de parcours des participants.

Merci au Fonds de recherche du Québec –Société et culture ainsi qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux d'avoir soutenu financièrement cette étude, dans le cadre du Programme de recherche sur l'itinérance | Action concertée.

Enfin, bien que les règles administratives du programme ne permettent l'identification que d'une seule chercheuse principale, à noter que Laurence Roy et Carolina Bottari ont toutes deux agi à titre de chercheuses principales dans la conception, la planification et la mise en œuvre du présent projet.

Plus de la moitié des personnes en situation d'itinérance ont subi un traumatisme crânio-cérébral (TCC) au cours de leur vie, et 22% d'entre elles vivaient avec les conséquences d'un TCC modéré à sévère. Une lésion cérébrale acquise (LCA) comme le TCC peut contribuer à la survenue de la précarité résidentielle et l'itinérance et nuire aux efforts des personnes pour retrouver un logement et le conserver. Par ailleurs, la situation d'itinérance entraîne une dégradation de l'état de santé de la personne, ce qui peut contribuer à amplifier les difficultés liées à la LCA et à diminuer l'accès aux services appropriés. Au Québec, malgré une préoccupation grandissante des milieux de pratique face à cet enjeu, peu de connaissances sont disponibles sur les réalités des personnes en situation ou à risque d'itinérance qui vivent avec une LCA, ou les pratiques susceptibles de mieux répondre à leurs besoins. Notre équipe a mené une synthèse collaborative des connaissances en trois volets, soit des entretiens auprès des personnes premières concernées, des entretiens auprès du personnel impliqué auprès d'elles et une recension des écrits sur les pratiques de prévention et de réduction de l'itinérance chez les personnes ayant une LCA. Les résultats montrent en particulier qu'au Québec, les personnes en situation d'itinérance ayant subi une LCA présentent de nombreux besoins sociaux et de santé non comblés liés à leur LCA et évitent de recourir aux services existants, qui sont peu adaptés pour y répondre. Cette situation constitue à la fois une violation des droits des personnes ayant une LCA et contribue aux inégalités de santé vécues par les personnes en situation d'itinérance. Les résultats montrent l'urgence d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des soins au sein du réseau de santé et de services sociaux pour les personnes en situation ou à risque d'itinérance. Une approche intersectorielle misant sur les forces du milieu communautaire œuvrant auprès des personnes en situation d'itinérance, du milieu communautaire spécialisé en TCC ou LCA, ainsi que du réseau de santé et de services sociaux, permettrait d'offrir des services de santé flexibles, humains, accessibles et adaptés aux réalités des personnes qui sont actuellement privées de leur droit à des services de santé équitables. Cette approche permettrait également d'améliorer la communication et la collaboration entre les milieux communautaires et institutionnels et de diminuer le sentiment d'impuissance vécu par le personnel de ces milieux.

Résumé

Les personnes en situation ou à risque d'itinérance sont beaucoup plus susceptibles que les personnes en logement stable d'avoir subi, au cours de leur vie, un traumatisme crânio-cérébral (TCC) ou une autre lésion cérébrale acquise (LCA). Celle-ci est définie comme une atteinte de la fonction cérébrale survenue en période post-natale et associée à des conséquences plus ou moins graves sur les fonctions cognitives, physiques, de la communication et du comportement (Bernet & Han, 2017). Une méta-analyse récente révèle une prévalence moyenne de 53,1% de TCC toute sévérité confondue chez les personnes en situation d'itinérance (Stubbs et al., 2020). La prévalence moyenne du TCC modéré à sévère serait de 22,5% parmi les personnes en situation d'itinérance (Stubbs et al., 2020), contre 2,6% dans la population générale (Corrigan et al., 2018). La LCA et ses conséquences cognitives, fonctionnelles et comportementales influencent à la fois le parcours vers la précarité résidentielle, de même que les expériences vécues par les personnes lors d'une situation d'itinérance (Adshead et al., 2019). Ainsi, parmi les personnes en situation d'itinérance, la LCA est associée à une moins bonne santé physique et mentale, à un risque suicidaire plus élevé, à une mortalité précoce et à davantage de contacts judiciaires (Dams-O'Connor et al., 2014; To et al., 2015). La situation d'itinérance, quant à elle, augmente le risque de récurrence et d'aggravation de la LCA par la répétition de coups à la tête (Mackelprang et al., 2014), souvent en lien avec les conditions matérielles et sociales difficiles des personnes en situation d'itinérance (Dell et al., 2021).

Face à ces constats, notre équipe a réalisé, entre octobre 2023 et octobre 2024, une synthèse collaborative des connaissances visant à répondre aux trois questions suivantes :

- 1) Quelles sont les pratiques soutenues par la littérature scientifique et grise et les pratiques novatrices ou prometteuses en matière de prévention de l'itinérance auprès de personnes ayant une LCA ?
- 2) Quels sont les parcours, les points de bascule vers l'itinérance, les besoins et les facilitateurs et obstacles à l'accès aux services pour les personnes ayant une LCA ?

3) Comment les connaissances actuelles des pratiques prometteuses auprès des personnes en situation ou à risque d'itinérance et ayant une LCA s'actualisent-elles dans les différents secteurs impliqués dans les trajectoires de soins et services des personnes ayant une LCA en situation ou à risque d'itinérance, dans le contexte québécois ?

Trois volets ont été déployés, soit des entretiens auprès des personnes premières concernées (n=26), des entretiens auprès du personnel impliqué auprès d'elles (n=14) et une recension des écrits sur les pratiques de prévention et de réduction de l'itinérance chez les personnes ayant une LCA. Les 10 femmes et 16 hommes rencontrés rapportent en moyenne plus de quatre LCA au cours de leur vie; dans 77% des cas, la première LCA est survenue avant l'âge de 18 ans et près de la moitié des personnes ont connu une période d'impacts répétés à la tête, souvent en contexte de violence.

Les principaux résultats montrent d'abord que la **LCA peut agir comme premier ou principal point tournant vers l'itinérance lorsque les besoins de soutien liés aux difficultés comportementales et aux incapacités fonctionnelles ne sont pas comblés**. Par exemple, certains hommes présentant des comportements impulsifs et agressifs à la suite d'une lésion cérébrale vivent des conflits relationnels importants avec leurs proches et voient leurs comportements judiciairisés, ce qui précarise leur situation résidentielle. Dans d'autres cas, des personnes ayant subi une LCA dans la cinquantaine ou la soixantaine ont vu leur capacité fonctionnelle diminuée et affecter leur situation professionnelle, leur revenu et leur situation résidentielle. Ces données montrent l'importance d'adopter une perspective de prévention de l'itinérance chez les personnes subissant une LCA et qui sont à risque de désaffiliation sociale et de précarité résidentielle. La prévention de l'itinérance passe entre autres par une meilleure prise en compte des effets à long terme de la LCA, qui doit être comprise comme une condition chronique pour laquelle des besoins sociaux et de santé peuvent persister à long terme. Des pratiques prometteuses issues de la recension des écrits comprennent le repérage, avant le congé hospitalier ou d'un centre de réadaptation, des situations résidentielles précaires ou à risque, ainsi que le développement d'une offre de services dans la communauté, adaptée aux besoins des personnes et de leurs proches. Plusieurs des intervenant.e.s et gestionnaires

rencontrés lors des entretiens de groupe ont d'ailleurs souligné l'importance de développer des services de proximité pour cette population, incluant pour la prévention et la gestion des troubles de comportement, possiblement sur le modèle des équipes de soutien intensif dans le milieu bien connu en psychiatrie. Rehausser le soutien offert aux proches de personnes vivant avec une LCA, particulièrement lorsque des enjeux comportementaux persistent, apparaît également comme une piste de solution prometteuse.

Un deuxième constat est le suivant : **Les personnes en situation d'itinérance présentent de nombreux besoins sociaux et de santé non comblés liés à une ou plusieurs LCA et évitent de recourir aux services existants, qui sont peu adaptés pour y répondre.** Ainsi, la majorité des personnes rencontrées vivent avec des incapacités fonctionnelles secondaires aux symptômes résiduels de la lésion cérébrale. Les besoins les plus fréquemment rapportés ont trait aux problèmes de mémoire, aux douleurs chroniques, à l'hypersensibilité sensorielle (faible tolérance aux bruits et à la lumière), à la fatigue et l'endurance limitée dans les activités quotidiennes, à l'impulsivité, à l'irritabilité, aux difficultés motrices, aux difficultés langagières et aux problèmes d'attention soutenue, d'organisation et de résolution de problèmes. Or, la majorité des personnes rencontrées évitent de recourir au réseau de services sociaux et de santé pour répondre à ces besoins, en raison d'expériences antérieures négatives, voire traumatiques, et d'une incompatibilité entre les caractéristiques des personnes et celles des services. Les résultats des entretiens auprès des intervenants et des gestionnaires mettent en lumière les processus par lesquels cette incompatibilité s'opère. Ainsi, les personnes ayant une LCA à risque ou en situation d'itinérance présentent des caractéristiques qui mettent à l'épreuve la structure actuelle du réseau de santé et de services sociaux. Par exemple, la LCA peut entraîner de l'anosognosie, des difficultés de communication et des symptômes comportementaux. Les personnes présentent aussi souvent des besoins liés non seulement à la LCA, mais également liés à d'autres conditions de santé, comme la douleur chronique, un trouble mental ou un trouble lié à l'usage de substances psychoactives, ainsi qu'à leur condition sociale. Or, globalement, les services actuels sont conçus pour répondre à un seul problème de santé à la fois chez une population qui reconnaît et communique clairement son besoin de soins, dans une posture de collaboration et de confiance face à

l'équipe traitante. Cet écart entre les normes des services et les capacités des personnes entraîne diverses conséquences : attribution de l'ensemble de la symptomatologie à l'usage de substances ou à un trouble de la personnalité, étiquetage des personnes comme « mauvais patients » ou « difficiles », soins et services sous-optimaux ou non adaptés aux besoins, références constantes vers d'autres services, fins de suivi précoces ou exclusion des services. Ultimement, ces processus peuvent mener à la fois à diminuer la confiance des personnes à l'endroit des services et leur désir d'y recourir, et à un sentiment d'impuissance et de découragement du personnel face à la situation.

Face à ces constats, plusieurs pistes d'action inspirées de la littérature scientifique émergent. Une approche expérimentée avec succès dans d'autres pays est celle des cliniques de santé urbaine où sont intégrés des services de réadaptation communautaire. Au Québec, plusieurs milieux communautaires d'hébergement pour les personnes en situation d'itinérance ont d'ailleurs déjà développé de telles cliniques pour répondre au phénomène du non-recours aux soins. Nous recommandons d'intégrer à ces cliniques une offre de services spécifiques à la LCA par des professionnel.le.s de la réadaptation et en partenariat avec les milieux associatifs et communautaires spécialisés en TCC et en LCA. Cette offre de services peut s'accompagner d'interventions visant à adapter l'environnement physique et social des milieux communautaires en itinérance pour les rendre plus adaptés et plus accessibles aux personnes ayant une LCA.

Par ailleurs, il apparaît impératif d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des soins au sein du réseau de santé et de services sociaux pour les personnes en situation ou à risque d'itinérance. Nous recommandons de développer l'expertise des équipes du réseau de santé et de services sociaux quant à la prise en compte de la vulnérabilité sociale et du risque d'itinérance, à l'évaluation et au traitement des personnes présentant des besoins liés à la fois à la LCA et à des troubles mentaux ou liés à l'usage de substances. Les résultats montrent qu'il est primordial d'offrir aux personnes des services sensibles aux traumatismes dans l'ensemble des services qu'elles fréquentent. Plusieurs des personnes rencontrées ont également aspiré à obtenir des services de santé mentale spécifiques aux traumatismes émotionnels vécus.

Le développement d'espaces de partenariat et de formation intersectoriels, y compris des communautés de pratique, favoriserait l'amélioration de la compréhension et de la communication entre les milieux communautaires et ceux du réseau public de santé et de services sociaux.

Un troisième et dernier constat a trait à l'importance de reconnaître le rôle potentiel de la LCA tout au long des trajectoires de soins et services des personnes. Ainsi, plusieurs participants rapportent avoir reçu des services peu adaptés à leurs difficultés dans les milieux liés à la protection de la jeunesse, dans les établissements de détention, et au sein des services sociaux et de santé, en l'absence de dépistage et de reconnaissance de la LCA. Les écrits recensés dans la littérature scientifique ont permis d'identifier des pratiques intersectorielles favorisant la formation et la mise en place d'une offre de services spécifiques à la LCA dans certains de ces milieux, en particulier les établissements de détention. Nous proposons d'intégrer une offre de services spécifiques à la LCA au sein de ces milieux, y compris le dépistage de la LCA, l'arrimage avec des équipes interdisciplinaires spécialisées en LCA et l'adaptation des stratégies de planification de la sortie ou du congé aux besoins spécifiques à la LCA.

En conclusion, les résultats de la présente étude montrent que les personnes ayant une LCA sont démesurément touchées par la précarité résidentielle et l'itinérance. Ce phénomène constitue une violation des droits et libertés des Québécoises et Québécois ayant subi une LCA, selon la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (Organisation des Nations Unies, 2006). À l'instar d'autres régions du monde où des pratiques intersectorielles de prévention de l'itinérance et de soutien à la sortie de l'itinérance ont été mises en place auprès de personnes ayant une LCA, le Québec peut se doter des conditions pour réduire les inégalités sociales et de santé chez cette population.

Contexte de la recherche

Les personnes en situation ou à risque d'itinérance sont beaucoup plus susceptibles que les personnes en logement stable d'avoir subi, au cours de leur vie, une lésion cérébrale acquise (LCA). Celle-ci est définie comme une atteinte de la fonction cérébrale survenue en période post-natale et associée à des conséquences plus ou moins graves sur les fonctions cognitives, physiques, de la communication et du comportement (Bernet & Han, 2017)¹. Une méta-analyse récente révèle une prévalence moyenne de 53,1% de TCC toute sévérité confondue chez les personnes en situation d'itinérance (Stubbs et al., 2020). La prévalence moyenne du TCC modéré à sévère serait de 22,5% parmi les personnes en situation d'itinérance (Stubbs et al., 2020), contre 2,6% dans la population générale (Corrigan et al., 2018). Dans la majorité des cas, un premier TCC survient avant un premier épisode d'itinérance (Chassman et al., 2022; Cusimano et al., 2021; Oddy et al., 2012; Topolovec-Vranic et al., 2014). Une étude récente indique ainsi que, pour un nombre important de personnes en situation d'itinérance, la survenue d'un TCC modéré à grave a été suivie assez rapidement d'un premier épisode d'itinérance ou de précarité résidentielle (Stubbs et al., 2021). Le contexte de survenue des TCC varie en fonction du genre ; ainsi, pour les femmes en situation d'itinérance, il résulte le plus souvent d'une situation de violence conjugale, alors que les principales circonstances du TCC chez les hommes sont les agressions physiques et les accidents professionnels (Mollayeva et al., 2018; Stubbs et al., 2021).

La LCA et ses conséquences cognitives, fonctionnelles et comportementales influencent à la fois le parcours vers la précarité résidentielle, de même que les expériences vécues par les personnes lors d'une situation d'itinérance (Adshead et al., 2019). Ainsi, parmi les personnes en situation d'itinérance, la LCA est associée à une moins bonne santé physique et mentale, à un risque suicidaire plus élevé, à une mortalité précoce et à davantage de contacts judiciaires (Dams-O'Connor et al., 2014; To et al., 2015). La situation

¹ Les LCA peuvent être d'origine traumatique ou non traumatique. Les LCA d'origine non traumatique incluent celles causées par un accident vasculaire cérébral (AVC), des tumeurs, des maladies infectieuses, des troubles métaboliques ou l'exposition à des toxines. Les LCA d'origine traumatique, généralement appelées TCC, de gravité légère, modérée ou sévère, sont induites par une force externe comme lors d'une chute ou d'un coup à la tête.

d'itinérance, quant à elle, augmente de façon importante le risque de récurrence et d'aggravation de la LCA par la répétition de coups à la tête (Mackelprang et al., 2014), souvent en lien avec les conditions matérielles et sociales difficiles des personnes en situation d'itinérance (Dell et al., 2021), par exemple l'exposition à la violence et aux intempéries ou un contexte d'intoxication.

Certaines études ont permis d'identifier des facteurs structurels, interpersonnels et individuels pouvant contribuer à la surreprésentation des personnes ayant une LCA parmi celles en situation d'itinérance. Sur le plan structurel, les personnes ayant une LCA peuvent s'insérer difficilement, voire être exclues, des milieux d'études et de formation professionnelle, du marché de l'emploi et du logement (Aitken et al., 2019; Dubuc et al., 2020), contribuant à limiter et affaiblir leurs réseaux de soutien et leurs ressources financières et matérielles. Les personnes ayant une LCA vivent dans de moins bonnes conditions résidentielles et sont davantage à risque d'être évincées de leur logement que la population générale et que les personnes présentant des incapacités strictement physiques ou sensorielles (Beer et al., 2019). L'offre limitée de logements et d'hébergements adaptés en particulier aux besoins des personnes vivant avec une LCA modérée à sévère a été identifiée comme un important facteur de fragilisation pouvant entraîner un passage à l'itinérance (Colantonio et al., 2010).

Sur le plan interpersonnel, les personnes peuvent se retrouver à risque d'itinérance lorsque leurs proches vivent un fardeau trop important (Colantonio et al., 2010), ou encore lorsque ces derniers vieillissent et ne sont plus en mesure de les accompagner (Marshall et al., 2019). Des incapacités résiduelles liées à la LCA comme l'irritabilité, l'impulsivité et l'agressivité peuvent rendre les personnes particulièrement susceptibles de vivre des conflits avec leurs proches (Hendryckx et al., 2023). Ces comportements sont également susceptibles d'être judiciairisés, ce qui peut amener les personnes à des arrestations et à des épisodes d'incarcération pouvant à leur tour contribuer au risque d'itinérance (Dams-O'Connor et al., 2014). Enfin, les situations de violence interpersonnelle peuvent contribuer à la fois au risque d'itinérance et à celui de vivre un TCC, par exemple lorsqu'une personne reçoit des coups à la tête

et quitte son foyer (Adshead et al., 2019). C’est particulièrement le cas des femmes, des personnes de la diversité sexuelle et de genre, et des jeunes (Woodhall-Melnik et al., 2018).

Sur le plan individuel, les difficultés cognitives liées à la LCA peuvent influencer la capacité à effectuer les tâches de gestion financière liées au logement, surtout lorsque la survenue de la LCA s’accompagne d’une diminution du revenu. Il existerait également une relation complexe entre présence d’une LCA, enjeux relatifs à la consommation de SPA et itinérance. La littérature suggère d’ailleurs que les personnes avec un TCC présentent souvent une consommation problématique de SPA, avant et après l’apparition de la lésion (Pennington et al., 2020). Adshead et coll. (2019) décrivent comment les expériences négatives et les traumatismes durant l’enfance peuvent, pour plusieurs personnes, constituer un facteur de fragilisation commun à la consommation de SPA, à l’itinérance et à la survenue d’une LCA et d’autres conditions de santé. Ces phénomènes peuvent alors s’influencer et contribuer à leur exacerbation réciproque à travers le temps.

La situation d’itinérance complexifie l’accès aux services pour les personnes ayant une LCA, malgré leurs besoins importants de soutien à leur rétablissement médical et fonctionnel, à leur intégration sociale et à la stabilisation de leur situation résidentielle. Les difficultés des personnes ayant une LCA peuvent par exemple ne pas être reconnues comme telles par les intervenants, en raison du caractère invisible de la LCA, mais aussi par la personne elle-même, lorsque la LCA n’a jamais été diagnostiquée ou traitée. Cette non-reconnaissance de la LCA peut restreindre l’accès des personnes aux logements communautaires dédiés aux personnes ayant vécu un TCC qui ont été développés au Québec (les maisons Martin Matte, par exemple) ou aux ressources communautaires offrant du soutien aux personnes ayant vécu un TCC et à leurs proches. Elles peuvent se voir exclues des ressources d’aide en raison des symptômes d’agressivité ou d’irritabilité, ou parce que leurs difficultés cognitives entravent leur capacité à respecter les règles ou à participer au fonctionnement d’une ressource d’hébergement. Ces caractéristiques s’ajoutent aux barrières déjà bien documentées d’accès aux soins et services de santé auxquelles font face les personnes en situation d’itinérance (Omerov et al., 2020).

L'intervention concertée apparaît donc nécessaire, comprenant les services spécifiques, spécialisés et surspécialisés en déficience physique, les services en santé mentale et en dépendance, les milieux communautaires en itinérance ou en logement/hébergement, les milieux communautaires soutenant les personnes ayant subi un TCC et leurs proches, et les services de sécurité publique. À l'heure actuelle, l'organisation en silo de ces services et secteurs et les besoins de formation des acteurs impliqués ne permettent pas aux personnes d'obtenir des services adaptés à leurs besoins. Ces situations nécessitent pourtant une réponse spécifique, afin d'éviter les allers et retours des personnes entre les ressources, l'ancrage dans une trajectoire d'itinérance, ou encore la détérioration de l'autonomie et de l'état général des personnes.

Face à ces constats, notre équipe a réalisé une synthèse collaborative des connaissances sur les pratiques de prévention et de réduction de l'itinérance auprès des personnes ayant une LCA. Le projet visait à accroître les connaissances sur les approches interdisciplinaires et intersectorielles de prévention, de rétablissement, d'insertion sociale et de stabilisation résidentielle auprès des personnes ayant une LCA en situation ou à risque d'itinérance, en s'attardant aux trois questions de recherche suivantes :

- (1) Quelles sont les pratiques soutenues par la littérature scientifique et grise et les pratiques novatrices ou prometteuses en matière de prévention de l'itinérance auprès de personnes ayant une LCA ?
- (2) Quels sont les parcours, les points de bascule vers l'itinérance, les besoins et les facilitateurs et obstacles à l'accès aux services pour les personnes ayant une LCA ?
- (3) Comment les connaissances actuelles des pratiques de prévention, de rétablissement, d'insertion sociale et de stabilisation résidentielle des personnes en situation ou à risque d'itinérance et ayant une LCA s'actualisent-elles dans les différents secteurs impliqués dans les trajectoires de soins et services des personnes ayant une LCA en situation ou à risque d'itinérance, dans le contexte québécois ?

Méthodologie Nous avons mené une synthèse de connaissances collaborative (Jull et al., 2017)

s'appuyant à la fois sur les données de la littérature scientifique et grise, sur les savoirs expérientiels des personnes ayant un parcours de LCA et d'itinérance, et sur les savoirs pratiques des acteurs de différents secteurs œuvrant auprès de ces personnes. Le projet a été mené en collaboration avec deux groupes : des experts de vécu et un comité de coordination. Trois volets ont été réalisés :

Volet 1 : Recension et synthèse des écrits sur la prévention et la réduction de l'itinérance auprès des personnes ayant une LCA

Nous avons mené une recension rapide des écrits (Khangura et al., 2012; Sabiston et al., 2022) sur la prévention et la réduction de l'itinérance auprès des personnes ayant une LCA, selon les critères établis par l'association Cochrane pour la conduite des recensions rapides des écrits (Garrity et al., 2020). La recension rapide des écrits a été menée par les deux étudiants à la maîtrise de l'équipe sous la supervision des chercheuses principales, en collaboration avec une bibliothécaire expérimentée dans ce type de projet. Le logiciel Covidence a été utilisé pour faciliter le processus d'identification et de sélection des données.

Les étapes de la recension rapide, telle que définie par l'association Cochrane, sont : 1) l'identification d'une question de recherche; 2) l'établissement des critères d'inclusion et d'exclusion; 3) l'identification de sources de données susceptibles de générer l'information rapidement, 4) la sélection des textes pertinents en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion préétablis, 5) l'extraction des données, 6) l'évaluation succincte de la qualité et 7) la synthèse des contenus (Khangura et al., 2012).

Volet 2: Collecte et synthèse des savoirs expérientiels auprès des personnes ayant une LCA vivant ou ayant vécu une situation d'itinérance

Un devis de recherche descriptif qualitatif auprès de personnes ayant à la fois une LCA et un parcours d'itinérance permet de répondre à la deuxième question de recherche. Les participants potentiels ont été recrutés auprès d'organismes communautaires partenaires dans les régions de Montréal et de Québec. Les personnes recrutées

devaient être âgées de 18 ans ou plus, être ou avoir été en situation d'itinérance dans les cinq dernières années, et avoir eu au moins une LCA au cours de leur vie. Lors de l'entretien initial, un instrument de dépistage de la LCA, la version française du *Ohio State University Traumatic Brain injury Identification* (The Ohio State University Wexner Medical Center, 2022), a été utilisé pour confirmer l'éligibilité des participants et pour caractériser leur LCA. Un questionnaire sociodémographique a été complété à ce moment. Nous avons ensuite mené des entretiens individuels en profondeur de l'histoire de vie avec représentation visuelle (Flaherty & Garratt, 2022; Kolar et al., 2015) permettant d'identifier des points tournants dans les parcours de vie des personnes. Lors des entretiens, la personne était invitée à représenter par un dessin ou croquis le premier lieu où elle se rappelle avoir habité puis, au moyen d'une ligne de temps, les différents moments importants de son histoire, en particulier en ce qui a trait à la survenue de la LCA et aux services reçus (ou non). Le guide d'entretien portait sur les expériences, besoins, ressources, forces et difficultés rencontrées à chacun des moments du parcours de vie, ainsi que sur les actions potentielles à mettre en place en matière de prévention de l'itinérance. Les personnes ont été recrutées jusqu'à l'atteinte de la saturation des données. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits intégralement, puis ont fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2016).

Volet 3: Collecte et synthèse des savoirs pratiques des acteurs impliqués dans les trajectoires de soins et services des personnes ayant une LCA en situation ou à risque d'itinérance.

Le dernier volet comporte trois entretiens de groupe réalisés auprès d'acteurs de différents secteurs impliqués dans les trajectoires de soins et services des personnes ayant une LCA en situation ou à risque d'itinérance. Les personnes recrutées pour ce volet étaient âgées de 18 ans ou plus, avaient des contacts professionnels réguliers auprès de personnes ayant une LCA en situation ou à risque d'itinérance, et occupaient leur poste actuel depuis au moins un an. Les participants étaient invités à identifier les points de convergence et de divergence entre l'état actuel des services au Québec et les pratiques prometteuses recensées au volet 1, ainsi que les opportunités et les défis envisagés pour mettre en œuvre de telles pratiques dans le contexte des soins et services québécois. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits intégralement, puis ont fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2016).

Principaux résultats

Volet 1 – Recension rapide des écrits. La démarche de recension des écrits a permis d'identifier 20 articles empiriques et une étude de la portée répondant aux critères d'inclusion.

Prévention secondaire de l'itinérance au sein des services de réadaptation en déficience physique. Un article correspond à ce secteur d'intervention. Il s'agit d'une étude réalisée en France auprès de personnes ayant subi une LCA, recevant des services de réadaptation et identifiées à risque de réinsertion sociale difficile, y compris en matière de logement (Le Gall et al., 2007). Ces personnes sont référées à des unités d'évaluation, de reclassement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS) qui offrent un suivi individualisé par une équipe interdisciplinaire pendant 3 mois après le congé des services de réadaptation. Le suivi consiste en une évaluation des séquelles résiduelles de la LCA et des capacités de la personne, le réentraînement des habiletés fonctionnelles, sociales et professionnelles, et la construction avec la personne et son entourage d'un projet de réinsertion. Deux études de cohorte ont montré des effets positifs de la participation au programme sur l'autonomie fonctionnelle, la participation scolaire ou professionnelle et la situation résidentielle (Jourdan et al., 2017; Le Gall et al., 2007), de quatre à cinq ans post-LCA.

Prévention secondaire de l'itinérance auprès de personnes vivant en communauté et présentant une LCA accompagnée de comportements problématiques et/ou de troubles mentaux. Trois articles correspondent à ce domaine. Deux de ces études portent sur des programmes de réadaptation comportementale et fonctionnelle auprès d'adultes ayant subi une LCA et vivant avec des troubles du comportement dans la communauté (Todd et al., 2004; Ylvisaker et al., 2007). Plusieurs de ces personnes avaient, au cours de leur parcours, séjourné en détention ou en milieu résidentiel fermé en raison de leurs comportements problématiques. Ces programmes comportent plusieurs composantes. L'une d'elles est l'intervention directe auprès des personnes par une évaluation comportementale, une éducation sur la LCA et les comportements problématiques, ainsi que l'orientation vers un projet de vie axé sur les activités significatives. Une deuxième composante consiste à soutenir et éduquer le réseau de soutien de la personnes (proches, entourage, intervenant.es) quant aux stratégies de gestion des comportements problématiques, par exemple par des ateliers et du coaching individualisé lors de visites à

domicile. La troisième composante consiste en une intervention menée par des spécialistes en LCA auprès d'équipes traitantes et d'organismes communautaires impliqués dans les trajectoires de soins de personnes ayant une LCA et des comportements problématiques qui sont socialement désaffiliées, afin d'engager ces dernières dans des activités significatives et à mettre en valeur leurs savoir expérientiel. Une étude pré-post a montré des effets positifs de ces interventions sur la situation résidentielle et sur la participation à des activités productives (Ylvisaker et al., 2007).

Une troisième étude portait sur un programme de suivi concerté auprès des personnes ayant une LCA et des troubles mentaux graves, identifiées comme à risque de désaffiliation sociale (Ahmed et al., 2016). Une équipe de réadaptation psychiatrique et une équipe de réadaptation spécialisée en LCA œuvrent en une seule clinique externe où les personnes ont accès à des services individuels par l'équipe spécialisée en LCA (évaluation neuropsychologique, éducation sur la LCA à la personne et aux proches, thérapie familiale) et à des services de groupes par l'équipe psychiatrique (thérapies de régulation émotionnelle, cognitivo-comportementale, de développement des habiletés relationnelles, activités récréatives). Les deux équipes réalisent des rencontres conjointes favorisant le travail intersectoriel et la cohérence des interventions. Une étude de cas a montré des effets positifs de la participation au programme sur l'accès aux services, sur la diminution des comportements problématiques, sur les symptômes dépressifs et sur la qualité des relations sociales.

Prévention secondaire de l'itinérance auprès de personnes ayant une LCA impliquées dans les services judiciaires et correctionnels. Sept articles correspondent à ce secteur d'intervention, dont cinq ciblent les sorties d'établissements de détention (Famularo, 2011; Kelly et al., 2020; Nagele et al., 2018; Ramos et al., 2017; Trexler & Parrott, 2022), et un le passage par un tribunal spécialisé pour les personnes présentant des vulnérabilités psychosociales (Slattery et al., 2013). Une des interventions proposées est le dépistage de la LCA chez les personnes détenues, suivi d'une évaluation cognitive chez celles présentant un dépistage positif. Des services directs sont alors offerts à la personne par un.e professionnel.le spécialisé.e en LCA, soit l'établissement d'un plan d'intervention individualisé, l'éducation sur la LCA et ses effets à la personne et à son réseau de soutien, la référence vers des services externes pouvant répondre aux besoins en lien avec le LCA, de même que des

interventions de groupe. Plusieurs programmes offrent des suivis en détention puis dans la communauté lors de la libération. Une autre composante est la formation du personnel des établissements de détention ou des tribunaux spécialisés sur la LCA, ainsi que la création de partenariats intersectoriels entre les services correctionnels, sociojudiciaires et de santé, entre autres par l'organisation de forums d'échanges intersectoriels (Kelly et al., 2020). Des études pilotes contrôlées et pré-post ont montré des effets positifs de ces pratiques sur le risque de réarrestation et de réincarcération, sur l'accès aux services, sur le niveau d'indépendance à la sortie carcérale et sur l'engagement dans des activités productives. Enfin, une étude montre qu'une intervention suivant une approche Logement d'abord ne réduit pas le risque d'incarcération chez les personnes ayant à la fois un trouble mental et une LCA (Luong et al., 2021).

Prévention tertiaire et réduction de l'itinérance auprès des personnes ayant une LCA au sein des milieux communautaires en itinérance. Neuf articles ont trait à ce domaine. Les milieux communautaires au sein desquels de telles pratiques ont été mises en œuvre comprennent des hébergements d'urgence, des cliniques de santé dédiées aux personnes en situation d'itinérance, des répits médicaux en refuge, et des maisons d'hébergement pour femmes en difficulté ou victimes de violence conjugale. Deux composantes transversales se dégagent des pratiques recensées dans ces articles : l'adaptation des milieux communautaires aux caractéristiques et besoins des personnes ayant une LCA et la prestation de services spécifiques à la LCA.

Une première stratégie d'adaptation des milieux communautaires se déploie via la formation du personnel (McHugo et al., 2021; Nicol et al., 2023; Synovec & Berry, 2020), au dépistage de la LCA, à la reconnaissance des caractéristiques d'une LCA et de ses impacts potentiels, ainsi qu'à l'application de stratégies de soutien aux incapacités cognitives, de communication adaptée, et de gestion des comportements problématiques. Une deuxième stratégie d'adaptation des milieux communautaires consiste à adapter l'environnement (rappels visuels, affichage de stratégies et de calendrier, organisation de l'espace, etc.) pour soutenir les capacités des personnes à fonctionner dans cet environnement (Brocht et al., 2020).

D'autres études ont décrit et évalué la prestation de services spécifiques à la LCA directement auprès des personnes en situation d'itinérance (Brocht et al., 2020; Gutman et al., 2004; Merryman & Synovec, 2020; Nohria

et al., 2022; Synovec et al., 2020). Le personnel de santé ou des équipes multidisciplinaires, en collaboration avec les travailleurs communautaires, a réalisé des évaluations fonctionnelles et cognitives auprès de personnes ayant un dépistage positif de LCA et a établi avec la personne un plan d'intervention individualisé. Des interventions de groupe ou individuelles ont été proposées, comme l'entraînement aux habiletés de la vie quotidienne avec pratique *in vivo* et jeux de rôle, l'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne, ainsi que l'accompagnement vers des ressources pertinentes. Des partenariats et trajectoires de services ont été établis par ces équipes pour arrimer les personnes avec des services spécialisés pour leur LCA. Des études de cas et pré-post ont montré des résultats positifs sur l'atteinte des objectifs fonctionnels, sur l'amélioration du fonctionnement, sur l'accès aux services et ressources nécessaires et sur l'utilisation des ressources de santé.

Résultats - Entretiens d'histoire de vie

Des entretiens d'histoire de vie ont été réalisés auprès de 16 hommes et 10 femmes ayant une ou plusieurs LCA et qui, au moment de l'entretien, sont ou ont récemment été en situation d'itinérance. Le tableau 2 en annexe synthétise les caractéristiques démographiques et de santé des personnes rencontrées. La majorité des participantes et participants étaient dans la cinquantaine ou la soixantaine (17; 65%). Les 26 personnes rencontrées rapportent en moyenne un peu plus de 4 LCA. Notons que 20 des 26 personnes rencontrées ont subi une première LCA avant leur majorité et 12 rapportent une période d'impact répété à la tête.

L'analyse des résultats permet de dégager : 1) des parcours-types des personnes et 2) des thèmes centraux.

Parcours-types. L'analyse des entretiens réalisés auprès des personnes permet d'identifier quatre parcours-type. Ces parcours-type ne sont pas mutuellement exclusifs, certaines des personnes rencontrées relatant à la fois plusieurs épisodes d'itinérance, mais également plusieurs situations où une lésion cérébrale est survenue. Dans les deux premiers parcours-types, la survenue d'une LCA, puis ses conséquences, constituent le **principal ou le premier point tournant vers l'itinérance**. Le premier est un parcours où dominant les conséquences comportementales de la LCA, entraînant des conflits relationnels et des démêlés judiciaires. Le deuxième est un parcours où les conséquences cognitives et fonctionnelles de la LCA fragilisent la situation financière, professionnelle et résidentielle des personnes.

1. Les conséquences comportementales de la LCA comme point tournant. Parmi les participants, six – tous des hommes - correspondent à ce parcours-type. Une lésion traumatique survenue lors de l'enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte entraîne des conséquences comportementales se traduisant principalement par une grande impulsivité, de l'irritabilité, de la désinhibition et, dans plusieurs cas, de l'agressivité, qui marquent une coupure avec les patrons comportementaux antérieurs à la lésion : « Tsé, avant, comme j'avais de la difficulté à m'exprimer. C'était l'enfer. Fait que tsé, j'étais complètement à l'inverse. Là, j'allais pas... Tsé, j'allais jamais te dire que je suis fâché, j'allais jamais dire qu'il y avait un problème. J'étais dans l'évitement de tout. Puis là, genre, je me retrouve super facilement dans la confrontation, puis d'être impulsif, puis de juste dire qu'est-ce que je pense, là. » (Égide). L'impulsivité et l'irritabilité sont souvent généralisées à l'ensemble des relations sociales et peuvent entraîner des gestes agressifs qui génèrent des conflits avec l'entourage et une implication avec les services policiers et judiciaires. Les participants de ce parcours ont vécu de multiples passages en détention où les difficultés spécifiques liés à la LCA n'ont pas été reconnues. Les épisodes de détention couplés aux conflits relationnels avec les proches ont réduit progressivement les options d'hébergement lors des sorties carcérales, qui, dans tous les cas, ont été le point tournant ultime vers l'itinérance de rue. Max, un participant dans la cinquantaine qui avait toujours pu compter sur le domicile de ses parents lors de sorties carcérales, s'est retrouvé sans option lors du décès de ceux-ci : « Mais, il y a d'autres sentences que je suis sorti, comme la dernière je suis sorti devant rien là. J'avais plus de logement, j'avais plus rien...puis, je suis sorti le 31 décembre et il y avait rien d'ouvert...ça je l'ai trouvé "*rough*" pas mal. » (Max)

En parallèle aux conséquences relationnelles et judiciaires des difficultés comportementales, celles-ci agissent également sur la capacité des participants à gérer leurs finances. Ils rapportent par exemple une propension à dépenser de façon impulsive et une difficulté à anticiper les dépenses à long terme ou inattendues.

2. Les conséquences cognitives et fonctionnelles de la LCA comme point tournant. Les cinq participants, quatre femmes et un homme, correspondant à ce parcours-type sont les plus âgé.e.s de l'échantillon et ont entre 58 et 68 ans. Dans ce parcours, une lésion cérébrale acquise non traumatique (accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale) ou traumatique accidentelle (accident de voiture, par exemple) dans la cinquantaine ou la soixantaine

entraîne un passage assez rapide vers l'itinérance. Dans ce cas, la lésion cérébrale a eu des conséquences physiques (fatigue, douleur), cognitives (difficultés de mémoire, d'attention ou d'organisation), langagières et motrices entraînant des incapacités fonctionnelles au travail et dans les activités de la vie quotidienne. L'incapacité à reprendre le travail et la perte de revenu subséquente, couplée à une difficulté à s'investir dans des démarches administratives (par exemple, défendre ses droits lors d'une éviction), a mené assez rapidement ces participant.e.s à perdre leur logement. Lulu, par exemple, s'est vue incapable de reprendre son emploi comme travailleuse autonome, à la suite d'une rupture d'anévrisme : « Et tous mes livres étaient choisis et j'ai pas été capable. Parce que j'avais plus de concentration, j'avais plus de mémoire. Et puis, j'ai essayé de reprendre le travail, c'était trop difficile. ».

Pour certain.e.s participant.e.s des deux premiers parcours, la trajectoire vers l'itinérance a été complexifiée par l'amorce d'une consommation de substances psychoactives, généralement dans le but de gérer les symptômes de la LCA (par exemple, pour diminuer les maux de tête) ou la souffrance liée aux multiples pertes encourues.

3. Parcours global et stable d'adversité. Huit personnes correspondent à ce parcours-type, et présentent un profil sociodémographique varié. Le point commun de leur histoire de vie est celui de multiples expériences adverses et traumatiques, dès l'enfance et avec peu d'interruptions, tout au long de leur vie. Ces personnes ont connu des périodes d'impacts répétés à la tête et plusieurs situations de violences et d'abus physiques, psychologiques ou sexuels. Les participant.e.s correspondant à ce parcours-type vivent des difficultés liées à la santé mentale (état de stress post-traumatique, dépression, psychose), à l'utilisation de substances psychoactives, à la santé physique (douleur chronique et autres conditions de santé) et au soutien social (réseau social absent ou peu soutenant, relations abusives). Plusieurs ont été l'objet de violences et de discriminations liées au sexe, à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle. Il est difficile, voire impossible, de distinguer les conséquences ou besoins spécifiques à la LCA parmi l'ensemble de leurs difficultés.

4. Parcours de ruptures relationnelles. La LCA et ses impacts apparaissent chez ces sept personnes à l'arrière-plan de leurs trajectoires vers l'itinérance, qui résulte plutôt d'un cumul de ruptures sociales apparaissant à la suite d'une perte relationnelle, en général le décès d'un proche, une rupture amoureuse ou une sortie de violence

conjugale. D'autres ruptures apparaissent à la suite de ce premier point tournant, comme des pertes d'emploi, des conflits relationnels, des déménagements imprévus et des évictions. Les personnes correspondant à ce parcours présentaient toutes certains facteurs de fragilisation, par exemple des expériences d'adversité pendant l'enfance ou un faible niveau d'éducation. Les LCA agissent alors comme facteur de fragilisation des trajectoires, mais surtout comme un important frein à la sortie de l'itinérance.

Volet 2 et 3 - Thèmes principaux²

Quatre thèmes transversaux se dégagent de l'analyse des entretiens réalisées lors des volet 2 et 3 :

1. Expériences de recours et de non-recours aux services :

a. Non-recours aux services : Plus de la moitié (14) des participant.e.s rapportent avoir évité de recourir à des services médicaux lors d'un impact à la tête associé à des signes et symptômes (perte de conscience, étourdissements, maux de tête). Cette expérience commune du non-recours dépasse le contexte des LCA, la majorité des participants évitant de recourir aux services pour leurs besoins de santé urgents et non urgents. De nombreuses raisons justifient ce non-recours, principalement : des expériences antérieures négatives, inefficaces, voire traumatiques, au sein des services de santé, la croyance que les services n'amélioreront pas la condition de santé ou l'empireront, la faible tolérance pour l'environnement hospitalier (attente, bruit, niveau de stimulation, impossibilité de fumer ou de consommer des SPA) et la fierté de se débrouiller sans aide. Cette dernière raison est évoquée fréquemment, mais seulement par les hommes de l'échantillon.

b. Des services communautaires, de santé mentale et en dépendances accueillant et soutenant, mais peu adaptés aux besoins spécifiques à la LCA : La majorité des participant.e.s entretiennent des liens positifs avec au moins une intervenante du milieu communautaire ou d'une équipe du réseau public de santé et de services sociaux. Le milieu communautaire est généralement décrit comme accueillant, bienveillant, propice à la création d'un lien de confiance et permettant la réponse à de multiples besoins. De même, plusieurs participant.e.s décrivent des liens positifs avec des équipes du réseau public, par exemple des équipes de proximité en itinérance ou en

² Plusieurs thèmes similaires émergent de l'analyse des entretiens auprès des personnes en situation d'itinérance et de ceux menés auprès des groupes d'intervenants et de gestionnaires. Nous avons choisi d'identifier par un trait souligné les thèmes évoqués par ces deux groupes.

psychiatrie. Toutefois, les résultats montrent que ces services ne suffisent pas à répondre aux besoins complexes des personnes, particulièrement en matière de santé et liés à leur LCA. Les participant.e.s perçoivent un manque de formation et de ressources chez les intervenant.e.s communautaires, de santé et de services sociaux face aux conditions de santé chroniques avec lesquelles ils vivent. Les troubles de comportement secondaires à la LCA entraînent aussi des exclusions de nombreux services communautaires, sociaux et de santé.

c. Non-reconnaissance de la LCA au sein des services généraux de santé, de protection de la jeunesse et liés à la trajectoire judiciaire. Plusieurs participant.e.s rapportent ne pas avoir eu accès à des services de dépistage, d'évaluation ou d'orientation pour leur LCA au sein des services généraux de santé, de protection de la jeunesse et liés à la trajectoire judiciaire. Par exemple, trois hommes ayant subi un TCC lors d'une intervention policière ou lors d'une agression en détention n'ont pas été référés vers des services d'urgence. En l'absence de dépistage pour leur LCA (récente ou non), plusieurs ont vécu des expériences difficiles et des interventions peu adaptées au sein de ces milieux. Par exemple, l'impulsivité, l'hypersensibilité sensorielle et la difficulté à s'adapter à l'environnement carcéral entraînaient des crises comportementales lors desquelles ils étaient placés en isolement. Pour d'autres, lors d'une demande d'aide auprès d'un médecin de famille ou aux urgences hospitalières, l'ensemble de leurs symptômes a été attribué à un trouble mental ou à la consommation de substances psychoactives, ce qui entraîne des interventions peu adaptées aux besoins de la personne.

d. Des services spécialisés en LCA peu adaptés aux personnes en situation de vulnérabilité : Les participant.e.s ayant consulté des services d'urgence pour leur LCA ont décrit ceux-ci comme efficaces et aptes à les évaluer et les orienter rapidement. Toutefois, six personnes ont déploré le manque de suivi du réseau de la santé lors de la fin de l'épisode de soins aigus, malgré la présence de symptômes persistants.

Pour d'autres, les hospitalisations pour une LCA et les séjours dans un centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) ont été décrits comme peu adaptés à la situation sociale des participants ou à leur état de santé mentale, ce qui amène souvent des fins de suivi précoce.

Les proches et l'entourage comme facteur déterminant dans les trajectoires résidentielles. Dix des participants ont identifié la présence d'un membre de leur famille, généralement leur mère, comme un facteur de protection de l'itinérance et un filet de sécurité résidentielle présent tout au long de leur trajectoire de vie. Pour

certaines personnes, en particulier les femmes, les liens positifs et significatifs qui demeurent avec un membre de la famille (leurs enfants, en particulier) malgré l'adversité peuvent constituer un puissant facteur de protection et nourrir l'espoir. Plusieurs des participant.e.s, toutefois, ont vu leurs liens familiaux s'effriter au fil du temps, en raison du décès de membres de leur famille ou de relations qui se sont dégradés à la suite des comportements de la personne (consommation de substances psychoactives, agressivité). Pour certains participants, le décès ou la maladie de leurs parents a constitué le point tournant ultime vers l'itinérance de rue, lorsque ces derniers n'ont pu les accueillir lors d'une sortie d'hospitalisation ou de détention.

2. **Les caractéristiques de la LCA comme frein à la sortie de l'itinérance.** La majorité des personnes rencontrées vivent avec des incapacités fonctionnelles secondaires aux symptômes résiduels de la lésion cérébrale. Les symptômes les plus fréquents qui entravent leur fonctionnement quotidien sont les problèmes de mémoire, les douleurs chroniques, l'hypersensibilité sensorielle (faible tolérance aux bruits et à la lumière), la fatigue et l'endurance limitée dans les activités quotidiennes, l'impulsivité, l'irritabilité, les difficultés motrices (hémiplégie, pertes de sensation), les difficultés langagières et les problèmes d'attention soutenue, d'organisation et de résolution de problèmes. Ces difficultés diminuent grandement la capacité des personnes à fonctionner dans les milieux communautaires en itinérance. Elles peuvent également entraver la capacité des personnes à trouver et garder un logement, entre autres en raison des difficultés de gestion financière.

3. **Les besoins complexes d'hébergement et de logement.** Ce dernier thème découle du précédent et révèle la complexité d'offrir des services d'hébergement et de logement adaptés aux besoins spécifiques des personnes ayant subi une LCA. Plusieurs participant.e.s ont ainsi évoqué la difficulté à fonctionner dans les hébergements d'urgence ou d'autres milieux de vie collectifs en raison des symptômes de leur LCA. Par exemple, le niveau sonore et les comportements imprévisibles des autres usagers accentuent l'hypersensibilité sensorielle, pouvant entraîner des maux de tête ou des comportements agressifs. Pour d'autres, dont la LCA est récente, les conditions de vie dans les milieux d'hébergement entravent leur convalescence et leur guérison. Dans ces cas, les participant.e.s peuvent devoir composer avec les demandes parfois contradictoires de leur équipe traitante (avoir une routine de sommeil stable) et du milieu communautaire qui les héberge (adapter l'horaire de sommeil).

Les besoins de logement des participant.e.s paraissent intimement liés à leur état de santé et à leurs difficultés spécifiques. Par exemple, certain.e.s participant.e.s évoquent l'importance d'un logement calme, avec le moins de bruit possible, en raison de leur hypersensibilité sensorielle et de leur grande fatigabilité. Lorsqu'une personne se trouve en logement, les troubles comportementaux peuvent également entraîner des enjeux de cohabitation avec les voisins et les responsables d'immeubles, mettant ainsi en péril la stabilité résidentielle.

Résultats – Entretiens auprès des intervenants et gestionnaires de divers secteurs

Trois groupes de discussion prévus ont été réalisés auprès de 14 personnes impliquées dans les trajectoires de services des personnes en situation ou à risque d'itinérance ayant une LCA (voir tableau 3 en annexe). Le principal thème qui émerge de l'analyse de ces données a trait au processus de production des inégalités de santé découlant de la structure actuelle des services de santé québécois. Ainsi, les personnes ayant une LCA à risque ou en situation d'itinérance présentent des caractéristiques qui mettent cette structure à l'épreuve. D'abord, la LCA peut entraîner de l'anosognosie, des difficultés de communication et des symptômes comportementaux. Les personnes présentent aussi souvent des besoins liés non seulement à la LCA, mais également liés à d'autres conditions de santé, comme la douleur chronique, un trouble mental ou un trouble lié à l'usage de substances, ainsi qu'à leur condition sociale. Or, globalement, les services actuels sont conçus pour répondre à un seul besoin de santé à la fois chez une population qui reconnaît et communique clairement son besoin de soins, dans une posture de collaboration et de confiance face à l'équipe traitante. Cet écart entre les normes des services et les capacités des personnes entraîne diverses conséquences : attribution de l'ensemble de la symptomatologie à l'usage de substances ou à un trouble de la personnalité, étiquetage des personnes comme « mauvais patients » ou « difficiles », soins et services sous-optimaux ou non adaptés aux besoins, références constantes vers d'autres services, fins de suivi précoces ou exclusion des services. Ultimement, ces processus peuvent mener à la fois à une diminution de la confiance des personnes à l'endroit des services et de leur désir d'y recourir, et à un sentiment d'impuissance et de découragement du personnel face à la situation.

Pistes de solutions ou d'action préliminaires

Cette étude nous a permis de documenter les parcours des personnes ayant une LCA vers l'itinérance, leurs expériences au sein des services, leurs besoins spécifiques, et le rôle de la LCA dans le passage et le maintien en itinérance. L'arrimage des résultats issus des entretiens avec les personnes ayant une LCA et de la recension des écrits permet d'identifier des pratiques prometteuses de prévention et de sortie de l'itinérance pour les personnes ayant une LCA (voir Infographie en annexe pour une représentation visuelle des liens entre les deux ensembles de résultats). Au terme de la démarche, nous identifions 6 constats et 13 recommandations nourries par les participants du volet 3³, ainsi que par les divers partenaires de recherche, y compris les membres du comité consultatif et les experts de vécu.

Constat 1: La LCA peut agir comme premier ou principal point tournant vers l'itinérance lorsque les besoins de soutien liés aux **difficultés comportementales** et aux **incapacités fonctionnelles** ne sont pas comblés.

Recommandation 1 : Reconnaître le TCC comme une condition de santé chronique. Au Québec, les durées de séjour actuelles dans les services de réadaptation en LCA sont de plus en plus courtes et les suivis post-admission très limités. Les résultats de l'étude montrent que les personnes obtiennent leur congé avec des besoins importants non répondus, qui peuvent être présents pendant des décennies et contribuer au phénomène de désaffiliation constaté ici et dans d'autres travaux scientifiques. Ainsi, pour assurer la collaboration requise par les intervenants du réseau de la santé dans l'ensemble des recommandations qui suivent, il s'avère essentiel que la perspective du TCC soit élargie afin qu'il soit considéré comme une condition chronique avec les suivis à long terme que cela requiert.

Recommandation 2 : Offrir du soutien prolongé en réadaptation pour les personnes à risque d'itinérance. En lien avec la recommandation précédente, nous identifions une pratique prometteuse pouvant être déployée au Québec, soit d'arrimer les personnes ayant subi une LCA et identifiées à risque de désaffiliation à des services de réadaptation adaptés à leurs besoins, pour une période d'environ 3 mois

³ Les passages soulignés correspondent à des recommandations formulées par les participant.e.s du volet 3.
Le Fonds s'engage à rendre public les Rapports de recherche produits dans le cadre des Actions concertées. Le contenu n'engage que ses auteurs.

post-congé des services usuels de réadaptation (Le Gall, 2007; Jourdain, 2017). Une stratégie systématique de repérage des situations résidentielles précaires et à risque dans les services en LCA permettrait d'identifier les personnes pouvant bénéficier de tels services.

Recommandation 3 : Développer des services spécifiques pour les personnes vivant dans la communauté et ayant des besoins liés à la LCA. Les personnes vivant dans la communauté avec les conséquences d'une LCA peuvent continuer à présenter des besoins importants de soutien. À l'heure actuelle, peu de services sont offerts dans la communauté à la fin d'un épisode de soins pour une LCA ce qui, les résultats de la présente étude le montrent bien, peut contribuer à la dégradation des liens sociaux, professionnels et résidentiels. Une stratégie prioritaire de prévention de l'itinérance est le développement de services généraux pour les personnes ayant une LCA vivant dans la communauté⁴. L'intensité de ces services devrait être modulable selon les besoins des personnes. Pour les personnes présentant des besoins de soutien élevés, le modèle des équipes de soutien intensif dans le milieu (SIM), dont l'efficacité a été démontrée pour les personnes ayant des troubles mentaux graves, pourrait être prometteur. Ces modèles de soins pourraient mieux répondre aux besoins des personnes présentant des profils sociaux et de santé complexes, entre autres liés aux expériences d'adversité au long cours.

Recommandation 4 : Bonifier l'offre de service en troubles graves de comportement (volet déficience physique) au sein et au-delà du réseau de la santé et des services sociaux. Les résultats montrent un besoin de mieux dépister et évaluer les troubles graves du comportement (TGC) auprès des personnes ayant une LCA, de développer l'expertise des diverses équipes du réseau québécois offrant des services en TGC (volet déficience physique), de diffuser l'offre de services de ces équipes au sein de l'ensemble des programmes-service, d'élargir l'offre de services au milieu communautaire et de faire valoir les besoins

⁴ Ces services pourraient inclure l'éducation sur la LCA à la personne et aux proches, l'aide et le soutien aux activités de la vie domestique et quotidienne, le soutien à l'engagement dans des activités significatives, le développement des habiletés sociales, le soutien à l'emploi, le suivi et la mise à jour de dossiers auprès des agents payeurs (CNESST et SAAQ), et la mise en place de stratégies de gestion et de prévention des comportements problématiques.

d'accompagnement pour la gestion des comportements problématiques comme un besoin nécessitant entre autres l'ajustement des prestations d'aide personnelle auprès des agents payeurs (CNESST, SAAQ).

Recommandation 5: Offrir des services de répit médicaux en milieu d'hébergement. Pour les personnes se trouvant en situation d'itinérance avant la survenue d'une LCA, le développement de répit médicaux en refuge adaptés spécifiquement à leurs besoins leur permettraient de se rétablir dans un environnement favorable à la suite d'une hospitalisation ou d'un passage par un centre de réadaptation en déficience physique (voir Brocht et al, 2020). Ces répit médicaux existent dans certains milieux de pratique, mais gagneraient à être développés dans toutes les régions du Québec.

Constat 2 : Les personnes en situation d'itinérance ayant subi une LCA présentent de nombreux besoins sociaux et de santé non comblés liés à leurs LCA et évitent de recourir aux services existants, qui sont peu adaptés pour y répondre.

Recommandation 6 : Uniformiser l'offre de cliniques de santé urbaines et y intégrer une offre de services liée à la LCA. Une approche expérimentée avec succès dans d'autres pays est celle des cliniques de santé urbaine où sont intégrés des services de réadaptation communautaire. Au Québec, plusieurs milieux communautaires d'hébergement pour les personnes en situation d'itinérance ont d'ailleurs déjà développé de telles cliniques pour répondre au phénomène du non-recours aux soins. Ces cliniques offrent des services de santé inclusifs, à seuil adapté d'accessibilité, flexibles et offerts selon une approche sensible aux traumatismes et de réduction des méfaits. Nous recommandons d'intégrer à ces cliniques une offre de services spécifiques à la LCA par des professionnel.le.s de la réadaptation.

Recommandation 7 : Soutenir la communication et la collaboration entre les milieux communautaires et associatifs spécialisés en TCC/LCA et les milieux communautaires en itinérance. Les résultats indiquent que les participant.e.s ayant une LCA en situation ou à risque d'itinérance n'ont pas eu recours, tout au long de leur parcours, aux services du milieu communautaire spécialisé en TCC. De plus, les intervenants et gestionnaires qui œuvrent dans le secteur de l'itinérance, rencontrés lors du volet 3, ne connaissaient pas le milieu communautaire spécialisé en TCC. Nous recommandons de mettre en

place diverses stratégies pour améliorer la connaissance, la compréhension et l'accès à la gamme de services du réseau communautaire de soutien aux personnes TCC pour celles vivant en situation ou à risque d'itinérance. Ces stratégies peuvent inclure l'adaptation des services existants dans le milieu communautaire TCC aux réalités des personnes en situation ou à risque d'itinérance.

Recommandation 8 : Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des soins au sein du réseau de santé et de services sociaux pour les personnes en situation ou à risque d'itinérance

Les résultats de l'étude ont mis en lumière les limites du réseau québécois de santé et de services sociaux dans la réponse aux besoins de santé, entre autres liés à la LCA, des personnes en situation d'itinérance. Bien que les équipes de proximité développées dans les dernières années semblent avoir amélioré l'accès aux services de santé, les personnes en situation d'itinérance ont des besoins qui nécessitent des contacts avec l'ensemble des services du réseau. Or, ces services sont peu outillés pour accueillir et traiter les personnes en situation d'itinérance, en raison de critères d'inclusion et de processus de prise en charge et de suivi rigides, conçus pour des personnes ne présentant pas de vulnérabilité sociale ou de comorbidité psychiatrique ou liée à l'usage de substances psychoactives. Nous recommandons de développer l'expertise des équipes du réseau de santé et de services sociaux quant à la prise en compte de la vulnérabilité sociale et du risque d'itinérance, à l'évaluation et au traitement des personnes présentant des besoins liés à la fois à la LCA et à des troubles mentaux ou liés à l'usage de substances. Par ailleurs, les résultats montrent qu'il est primordial d'offrir aux personnes des services sensibles aux traumatismes dans l'ensemble des services qu'elles fréquentent. Plusieurs personnes des personnes rencontrées ont également aspiré à obtenir des services de santé mentale spécifiques aux traumatismes émotionnels vécus. Le développement d'espaces de partenariat et de formation intersectoriels favoriserait l'amélioration de la compréhension et de la communication entre les milieux communautaires et ceux du réseau public de santé et de services sociaux.

Constat 3 : Plusieurs milieux communautaires, sociaux et de santé offrant du soutien aux personnes en situation d'itinérance présentent des caractéristiques qui ne leur permettent pas d'accueillir adéquatement les personnes ayant une LCA.

Recommandation 9 : Sensibiliser l'ensemble des milieux impliqués dans les trajectoires de services de personnes ayant une LCA à risque d'itinérance. Nous recommandons de mettre en place des activités de sensibilisation aux LCA et à ses impacts cognitifs, sensoriels, fonctionnels et comportementaux, et d'améliorer le dépistage de cette condition auprès des médecins de famille, des équipes de proximité en itinérance, des équipes d'intervention en santé mentale et en dépendances, des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté et des services de santé dans les établissements de détention.

Recommandation 10 : Adapter les milieux communautaires en itinérance. Des pratiques d'adaptation des milieux communautaires en itinérance ont été mises en œuvre avec succès dans plusieurs pays. Nous recommandons de mettre en place et d'évaluer un projet pilote combinant les expertises des praticiens spécialisés en LCA et celles des milieux communautaires en itinérance (hébergements d'urgence et transitoires, centres de jour) pour adapter l'environnement physique et social de ces derniers aux besoins des personnes ayant une LCA. Ces adaptations peuvent inclure, entre autres, l'adaptation des espaces pour réduire le niveau de stimulation sonore et visuelle, l'amélioration de l'accessibilité universelle, la mise en place de stratégies de communication adaptée, ou la formation du personnel sur les stratégies proactives de gestion des comportements problématiques.

Constat 4 : La présence d'une LCA et de ses conséquences comportementales, cognitives et fonctionnelles n'est souvent pas reconnue au sein des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté et des établissements de détention, limitant la possibilité de répondre adéquatement aux besoins des personnes, en particulier lors des sorties de ces milieux.

Recommandation 11 : Sensibiliser et développer une offre de services relatifs à la LCA en détention et en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté. Des études précédentes ont bien établi que les sorties d'institutions sociales, en particulier les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté et les établissements de détention, constituent des points tournants potentiels vers l'itinérance pour plusieurs personnes (Goyette et al., 2019; Nilsson et al., 2023). Les résultats montrent que la présence d'une LCA complexifie les besoins de soutien des personnes lors de ces moments-clés. Or, la LCA n'est généralement

pas reconnue comme contributrice à la situation et aux besoins des personnes dans ces établissements. Nous proposons d'intégrer une offre de services spécifiques à la LCA au sein des équipes de santé de ces établissements, y compris : le dépistage et l'arrimage avec des équipes interdisciplinaires spécialisées en LCA, l'adaptation des stratégies de planification de la sortie aux besoins spécifiques à la LCA.

Constat 5 : Les proches et l'entourage des personnes ayant une LCA leur offrent un filet de sécurité dans les diverses sphères de la vie, y compris en matière de stabilité résidentielle. Les liens avec les proches peuvent s'effriter au fil du temps, en particulier lorsque ceux-ci n'ont pas le soutien nécessaire pour composer avec les difficultés comportementales de leurs proches.

Recommandation 12 : Rehausser le soutien offert aux proches des personnes vivant avec une LCA

Nous proposons de développer des approches de soutien pour les proches de personnes vivant avec une LCA, en particulier celles ayant des troubles graves du comportement ou une comorbidité psychiatrique ou de trouble d'usage de substances. Les programmes de réadaptation comportementale en communauté (Todd et al, 2004; Ylvisaker, 2007) incluant les proches et l'entourage offrent des exemples de pratiques prometteuses à cet égard.

Constat 6 : Peu d'options de logement disponibles pour les personnes ayant une LCA en situation ou à risque d'itinérance tiennent compte de leurs besoins complexes de santé. C'est particulièrement le cas pour les personnes âgées ou présentant des trajectoires d'adversité au long cours.

Recommandation 13 : Bonifier l'offre de logement et d'hébergement adaptée aux besoins des personnes ayant une LCA.

Les résultats montrent bien l'importance d'offrir un logement ou de l'hébergement adapté aux besoins spécifiques des personnes présentant des besoins complexes de santé, entre autres liés à la LCA, mais aussi à des incapacités motrices, sensorielles ou psychiatriques. L'offre actuelle de logement et d'hébergement ne permet pas de répondre à ces besoins. Une diversité de pistes de solutions peut être envisagée. Par exemple, des modèles de logement communautaires dédiés aux personnes ayant un TCC existent déjà au Québec; nous recommandons d'en bonifier l'accès et l'adaptation aux réalités spécifiques des personnes en situation ou à risque d'itinérance. Il pourrait aussi être opportun de co-développer de manière intersectorielle une offre de logement ou d'hébergement spécifique aux personnes ayant des profils sociaux et de santé complexes.

Nouvelles pistes ou questions de recherche

Contributions. Les personnes ayant une LCA sont démesurément touchées par la précarité résidentielle et l'itinérance. Des violations claires des droits et libertés des Québécoises et Québécois ayant subi une LCA sont constatées, selon la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (Organisation des Nations Unies, 2006), en particulier : le droit à un niveau de vie adéquat et à la protection sociale (article 28), le droit de ne pas être soumis à la violence et à la maltraitance (article 16) et le droit à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société (article 19).

Limites de la recherche. Les personnes ont été recrutées dans deux régions administratives du Québec, Montréal et la Capitale-Nationale. Nous ne pouvons donc prétendre que les expériences des personnes et leurs parcours vers l'itinérance dénotées dans cette étude représentent les réalités de l'ensemble des personnes ayant une LCA en situation d'itinérance au Québec. Malgré un échantillon diversifié en matière d'âge, de genre et d'orientation sexuelle, il ne représente pas un portrait exhaustif de la population en situation d'itinérance. Par exemple, nous notons l'absence de femmes racisées ou ayant un parcours migratoire au sein de l'échantillon. Enfin, le choix de ne pas considérer la littérature grise et les approches de prévention primaire de l'itinérance chez les personnes ayant une LCA limite la portée des résultats.

Nouvelles pistes de recherche. À la lumière des résultats obtenus, il nous semble primordial de :

- Documenter les besoins liés aux troubles graves du comportement secondaires à une LCA dans l'ensemble des programmes-services du RSSS et au sein des milieux communautaires.
- Compléter le portrait des personnes ayant une LCA en situation d'itinérance dans des régions administratives non rejointes lors de la présente étude.
- Recueillir la perspective des proches de personnes ayant un LCA.
- Co-développer des pratiques ou interventions identifiées dans les recommandations, en évaluer la faisabilité, la mise en œuvre et, éventuellement, les effets.

Bibliographie choisie

- Ahmed, F., Bechtold, K., Smith, G., Roy, D., Everett, A., & Rao, V. (2016). Program of Enhanced Psychiatric Services for Patients With Brain Injury and Neuropsychiatric Disturbances: A Proposed Model of Care. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28(2), 147-152.
<https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15060147>
- Brocht, C., Sheldon, P., & Synovec, C. (2020). A clinical description of strategies to address traumatic brain injury experienced by homeless patients at Baltimore's medical respite program. *Work*, 65, 311-320.
<https://doi.org/10.3233/WOR-203083>
- Famularo, J. (2011). Corrections Victoria: ensuring responsive practices for offenders with complex needs. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 2(3), 136-139.
<https://doi.org/10.1108/20420921111186615>
- Gutman, S. A., Diamond, H., Holness-Parchment, S. E., Brandofino, D. N., Pacheco, D. G., Jolly-Edouard, M., & Jean-Charles, S. (2004). Enhancing independence in women experiencing domestic violence and possible brain injury: An assessment of an occupational therapy intervention. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20(1), 49-79. https://doi.org/10.1300/J004v20n01_03
- Kelly, G., Brown, S., & Simpson, G. K. (2020). The Building Bridges project: Linking disconnected service networks in acquired brain injury and criminal justice. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(3), 481-502. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1479274>
- Le Gall, C., Lamothe, G., Mazaux, J. M., Muller, F., Debelleix, X., Richer, E., Joseph, P. A., Barat, M., & et les membres du réseau, A. (2007). Outcome of the Aquitaine Unit for Evaluation, Training and Social and Vocational Counselling (UEROS) at 5-year follow-up in young adults with brain damage. *Annales de readaptation et de medecine physique : revue scientifique de la Societe francaise de reeducation fonctionnelle de readaptation et de medecine physique*, 50(1), 5-13.
<https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2006.06.007>
- Luong, L., Lachaud, J., Kouyoumdjian, F. G., Hwang, S. W., & Mejia-Lancheros, C. (2021). The impact of a Housing First intervention and health-related risk factors on incarceration among people with

experiences of homelessness and mental illness in Canada. Canadian Journal of Public Health, 112(2), 270-279. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00433-z>

McHugo, G. J., Drake, R. E., Haslett, W. R., Krassenbaum, S. R., Mueser, K. T., Sweeney, M. A., Kline, J., & Harris, M. (2021). Algorithm-Driven Substance Use Disorder Treatment for Inner-City Clients With Serious Mental Illness and Multiple Impairments. The Journal of Nervous and Mental Disease, 209(2). https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2021/02000/algorithm_driven_substance_use_disorder_treatment.2.aspx

Merryman, M. B., & Synovec, C. (2020). Integrated Care: Provider referrer perceptions of occupational therapy services for homeless adults in an integrated primary care setting. Work, 65, 321-330. <https://doi.org/10.3233/WOR-203084>

Nicol, B., Adhikari, S. P., Shwed, A., Ashton, S., Mriduraj, A., Mason, K., Gainforth, H. L., Babul, S., & van Donkelaar, P. (2023). The Concussion Awareness Training Tool for Women's Support Workers Improves Knowledge of Intimate Partner Violence-Caused Brain Injury. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 60, 00469580231169335. <https://doi.org/10.1177/00469580231169335>

Ramos, S. D. S., Oddy, M., Liddement, J., & Fortescue, D. (2017). Brain Injury and Offending: The Development and Field Testing of a Linkworker Intervention. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62(7), 1854-1868. <https://doi.org/10.1177/0306624X17708351>

Synovec, C. E., & Berry, S. (2020). Addressing brain injury in health care for the homeless settings: A pilot model for provider training. Work, 65, 285-296. <https://doi.org/10.3233/WOR-203080>

Ylvisaker, M., Feeney, T., & Capo, M. (2007). Long-Term Community Supports for Individuals With Co-Occurring Disabilities After Traumatic Brain Injury: Cost Effectiveness and Project-Based Intervention. Brain Impairment, 8(3), 276-292. <https://doi.org/10.1375/brim.8.3.276>

Annexe 1 – Tableaux sociodémographiques

Tableau 1. Caractéristiques des personnes rencontrées (n=26)

Caractéristiques	N (%)
Genre	
Homme	16 (61,5%)
Femme	10 (38,5%)
Âge	Moyenne : 50,7 ans Étendue : 21 à 68 ans
Parcours migratoire	4 (15,4%)
Identité autochtone	2 (7,7%)
Diversité sexuelle et de genre	7 (26,9%)
Niveau d'éducation	
Secondaire non terminé	7 (26,9%)
Secondaire terminé	11 (42,3%)
Études collégiales ou universitaires non terminées	1 (3,8%)
Études collégiales ou universitaires terminées	7 (26,9%)
Nombre de LCA	Moyenne : 4,4 Étendue : 1 à 11
Première LCA avant l'âge de 18 ans	20 (77%)
Période d'impact répété à la tête	12 (46%)
Participants rapportant des besoins liés à un trouble mental	16 (61,5%)
Participants rapportant des besoins liés à la consommation de substances psychoactives	12 (46%)
Participants rapportant des besoins liés à une condition de santé physique autre que la LCA	12 (46%)

Tableau 2. Caractéristiques des praticien.nes rencontrées (n=14)

Caractéristiques	N (%)
Genre	
Homme	3 (21,4%)
Femme	11 (78,6%)
Âge	Moyenne : 41,4 ans Étendue : 23 à 56 ans
Années d'expérience professionnelle	Moyenne : 12,9 ans Étendue : 3 à 31 ans
Secteur d'intervention	
Milieu communautaire	7 (50%)
Réseau de la santé et des services sociaux	5 (35,7%)
Trajectoires socio-judiciaires (détention, protection de la jeunesse)	2 (14,3%)

Annexe 2 – Liste de références complète

- Adshead, C. D., Norman, A., & Holloway, M. (2019). The inter-relationship between acquired brain injury, substance use and homelessness; the impact of adverse childhood experiences: an interpretative phenomenological analysis study. *Disability and Rehabilitation*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1700565>
- Ahmed, F., Bechtold, K., Smith, G., Roy, D., Everett, A., & Rao, V. (2016). Program of Enhanced Psychiatric Services for Patients With Brain Injury and Neuropsychiatric Disturbances: A Proposed Model of Care. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28(2), 147-152. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15060147>
- Aitken, Z., Baker, E., Badland, H., Mason, K., Bentley, R., Beer, A., & Kavanagh, A. M. (2019). Precariously placed: housing affordability, quality and satisfaction of Australians with disabilities. *Disability & Society*, 34(1), 121-142. <https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1521333>
- Beer, A., Baker, E., Lester, L., & Daniel, L. (2019). The Relative Risk of Homelessness among Persons with a Disability: New Methods and Policy Insights. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph16224304>
- Bernet, S., & Han, D. (2017). Acquired brain injury rehabilitation: clinical essentials. In D. Han (Ed.), *Acquired Brain Injury: Clinical Essentials for neurotrauma and rehabilitation professionals* (pp. 299-320). Springer Publishing Company.
- Brocht, C., Sheldon, P., & Synovec, C. (2020). A clinical description of strategies to address traumatic brain injury experienced by homeless patients at Baltimore's medical respite program. *Work*, 65, 311-320. <https://doi.org/10.3233/WOR-203083>
- Chassman, S., Calhoun, K., Bacon, B., Chaparro Rucobo, S., Goodwin, E., Gorgens, K., & Brisson, D. (2022). Correlates of Acquiring a Traumatic Brain Injury before Experiencing Homelessness: An Exploratory Study. *Social Sciences*, 11(8).
- Colantonio, A., Howse, D., Kirsh, B., Chiu, T., Zulia, R., & Levy, C. (2010). Living environments for people with moderate to severe acquired brain injury. *Healthcare Policy*, 5(4), 121-138.
- Corrigan, J. D., Yang, J., Singichetti, B., Manchester, K., & Bogner, J. (2018). Lifetime prevalence of traumatic brain injury with loss of consciousness. *Injury Prevention*, 24(6), 396-404. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042371>
- Cusimano, M. D., Korman, M. B., Carpino, M., Feher, A., Puvirajasingam, J., Zhang, S., Hwang, S. W., & Tepperman, L. (2021). The Temporal Relations of Traumatic Brain Injury, Victimization, Aggression, and Homelessness: A Developmental Trajectory. *Neurotrauma Reports*, 2(1), 103-114. <https://doi.org/10.1089/neur.2020.0050>
- Dams-O'Connor, K., Cantor, J. B., Brown, M., Dijkers, M. P., Spielman, L. A., & Gordon, W. A. (2014). Screening for traumatic brain injury: findings and public health implications. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(6), 479-489. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1097/HTR.0000000000000099>
- Dell, K. C., Staph, J., & Hillary, F. G. (2021). Traumatic brain injury in the homeless: health, injury mechanisms, and hospital course. *Brain Injury*, 35(10), 1192-1200. <https://doi.org/10.1080/02699052.2021.1958009>
- Dubuc, É., Gagnon-Roy, M., Couture, M., & Bottari, C. (2020). Integration in the community following a severe traumatic brain injury: A qualitative study exploring the presence of occupational rights violations over a lifetime experience. *Journal of Occupational Science*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1803953>
- Famularo, J. (2011). Corrections Victoria: ensuring responsive practices for offenders with complex needs. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 2(3), 136-139. <https://doi.org/10.1108/20420921111186615>
- Flaherty, J., & Garratt, E. (2022). Life history mapping: Exploring journeys into and through housing and homelessness. *Qualitative Research*, 14687941211072788.

- Garrity, C., Gartlehner, G., Kamel, C., King, V., Nussbaumer-Streit, B., Stevens, A., Hamel, C., & Affengruber, L. (2020). *Cochrane Rapid Reviews. Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group*.
- Goyette, M., Bellot, C., Blanchet, A., & Silva-Ramirez, R. (2019). *Stabilité résidentielle, instabilité résidentielle et itinérance des jeunes quittant un placement substitut pour la transition à la vie adulte. Étude longitudinale sur le devenir des jeunes placés*.
- Gutman, S. A., Diamond, H., Holness-Parchment, S. E., Brandofino, D. N., Pacheco, D. G., Jolly-Edouard, M., & Jean-Charles, S. (2004). Enhancing independence in women experiencing domestic violence and possible brain injury: An assessment of an occupational therapy intervention. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20(1), 49-79. https://doi.org/10.1300/J004v20n01_03
- Hendryckx, C., Couture, M., Gosselin, N., Nalder, E., Gagnon-Roy, M., Thibault, G., & Bottari, C. (2023). The dual reality of challenging behaviours: Overlapping and distinct perspectives of individuals with TBI and their caregivers. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1-25. <https://doi.org/10.1080/09602011.2023.2212172>
- Jourdan, C., Bayen, E., Vallat-Azouvi, C., Ghout, I., Darnoux, E., Azerad, S., Charanton, J., Aegerter, P., Pradat-Diehl, P., Ruet, A., & Azouvi, P. (2017). Late Functional Changes Post-Severe Traumatic Brain Injury Are Related to Community Reentry Support: Results From the Paris-TBI Cohort. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(5). https://journals.lww.com/headtraumarehab/fulltext/2017/09000/late_functional_changes_post_severe_traumatic.11.aspx
- Jull, J., Giles, A., & Graham, I. D. (2017). Community-based participatory research and integrated knowledge translation: advancing the co-creation of knowledge. *Implementation Science*, 12(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0696-3>
- Kelly, G., Brown, S., & Simpson, G. K. (2020). The Building Bridges project: Linking disconnected service networks in acquired brain injury and criminal justice. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(3), 481-502. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1479274>
- Khangura, S., Konnyu, K., Cushman, R., Grimshaw, J., & Moher, D. (2012). Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews*, 1(1), 10. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-10>
- Kolar, K., Ahmad, F., Chan, L., & Erickson, P. G. (2015). Timeline mapping in qualitative interviews: A study of resilience with marginalized groups. *International Journal of Qualitative Methods*, 14(3), 13-32.
- Le Gall, C., Lamothe, G., Mazaux, J. M., Muller, F., Debelleix, X., Richer, E., Joseph, P. A., Barat, M., & et les membres du réseau, A. (2007). [Outcome of the Aquitaine Unit for Evaluation, Training and Social and Vocational Counselling (UERO) at 5-year follow-up in young adults with brain damage]. *Annales de readaptation et de medecine physique : revue scientifique de la Societe francaise de reeducation fonctionnelle de readaptation et de medecine physique*, 50(1), 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2006.06.007>
- Luong, L., Lachaud, J., Kouyoumdjian, F. G., Hwang, S. W., & Mejia-Lancheros, C. (2021). The impact of a Housing First intervention and health-related risk factors on incarceration among people with experiences of homelessness and mental illness in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 112(2), 270-279. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00433-z>
- Mackelprang, J. L., Harpin, S. B., Grubenhoff, J. A., & Rivara, F. P. (2014). Adverse Outcomes Among Homeless Adolescents and Young Adults Who Report a History of Traumatic Brain Injury. *American Journal of Public Health*, 104(10), 1986-1992. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302087>
- Marshall, C. A., Nalder, E., Colquhoun, H., Lenton, E., Hansen, M., Dawson, D. R., Zabjek, K., & Bottari, C. (2019). Interventions to address burden among family caregivers of persons aging with TBI: A scoping review. *Brain Injury*, 33(3), 255-265. <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1553308>
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Haslett, W. R., Krassenbaum, S. R., Mueser, K. T., Sweeney, M. A., Kline, J., & Harris, M. (2021). Algorithm-Driven Substance Use Disorder Treatment for Inner-City Clients With Serious Mental Illness and Multiple Impairments. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(2).

https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2021/02000/algorithm_driven_substance_use_disorder_treatment.2.aspx

- Merryman, M. B., & Synovec, C. (2020). Integrated Care: Provider referrer perceptions of occupational therapy services for homeless adults in an integrated primary care setting. *Work*, 65, 321-330. <https://doi.org/10.3233/WOR-203084>
- Mollayeva, T., Mollayeva, S., & Colantonio, A. (2018). Traumatic brain injury: sex, gender and intersecting vulnerabilities. *Nature Reviews Neurology*, 14(12), 711-722. <https://doi.org/10.1038/s41582-018-0091-y>
- Nagele, D., Vaccaro, M., Schmidt, M. J., & Keating, D. (2018). Brain injury in an offender population: Implications for reentry and community transition. *Journal of Offender Rehabilitation*, 57(8), 562-585. <https://doi.org/10.1080/10509674.2018.1549178>
- Nicol, B., Adhikari, S. P., Shwed, A., Ashton, S., Mriduraj, A., Mason, K., Gainforth, H. L., Babul, S., & van Donkelaar, P. (2023). The Concussion Awareness Training Tool for Women's Support Workers Improves Knowledge of Intimate Partner Violence-Caused Brain Injury. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231169335. <https://doi.org/10.1177/00469580231169335>
- Nilsson, S. F., Nordentoft, M., Fazel, S., & Laursen, T. M. (2023). Risk of homelessness after prison release and recidivism in Denmark: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet Public Health*, 8(10), e756-e765. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00152-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00152-4)
- Nohria, R., Biederman, D. J., Sloane, R., & Thibault, A. (2022). Use of health care utilization as a metric of intervention success may perpetuate racial disparities: An outcome evaluation of a homeless transitional care program. *Public Health Nursing*, 39(6), 1271-1279. <https://doi.org/10.1111/phn.13121>
- Oddy, M., Moir, J. F., Fortescue, D., & Chadwick, S. (2012). The prevalence of traumatic brain injury in the homeless community in a UK city. *Brain Injury*, 26(9), 1058-1064. <https://doi.org/10.3109/02699052.2012.667595>
- Omerov, P., Craftman, Å. G., Mattsson, E., & Klarare, A. (2020). Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 28(1), 1-11. <https://doi.org/10.1111/hsc.12857>
- Organisation des Nations Unies. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Vol. 4e ed.). Armand Colin. <https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706.htm>
- Pennington, D. L., Bielenberg, J., Lasher, B., Herbst, E., Abrams, G., Novakovic-Agopian, T., & Batki, S. L. (2020). A randomized pilot trial of topiramate for alcohol use disorder in veterans with traumatic brain injury: Effects on alcohol use, cognition, and post-concussive symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 214, 108149. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108149>
- Ramos, S. D. S., Oddy, M., Liddement, J., & Fortescue, D. (2017). Brain Injury and Offending: The Development and Field Testing of a Linkworker Intervention. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(7), 1854-1868. <https://doi.org/10.1177/0306624X17708351>
- Sabiston, C. M., Vani, M., de Jonge, M., & Nesbitt, A. (2022). Scoping reviews and rapid reviews. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 15(1), 91-119. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2021.1964095>
- Slattery, M., Dugger, M. T., Lamb, T. A., & Williams, L. (2013). Catch, Treat, and Release: Veteran Treatment Courts Address the Challenges of Returning Home. *Substance Use and Misuse*, 48(10), 922-932. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.797468>
- Stubbs, J. L., Thornton, A. E., Gicas, K. M., O'Connor, T. A., Livingston, E. M., Lu, H. Y., Mehta, A. K., Lang, D. J., Vertinsky, A. T., Field, T. S., Heran, M. K., Leonova, O., Sahota, C. S., Buchanan, T., Barr, A. M., MacEwan, G. W., Rauscher, A., Honer, W. G., & Panenka, W. J. (2021). Characterizing Traumatic Brain Injury and Its Association with Losing Stable Housing in a Community-based Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(3), 207-215. <https://doi.org/10.1177/07067437211000665>

- Stubbs, J. L., Thornton, A. E., Sevic, J. M., Silverberg, N. D., Barr, A. M., Honer, W. G., & Panenka, W. J. (2020). Traumatic brain injury in homeless and marginally housed individuals: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e19-e32. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30188-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30188-4)
- Synovec, C. E., & Berry, S. (2020). Addressing brain injury in health care for the homeless settings: A pilot model for provider training. *Work*, 65, 285-296. <https://doi.org/10.3233/WOR-203080>
- Synovec, C. E., Merryman, M., & Brusca, J. (2020). Occupational therapy in integrated primary care: Addressing the needs of individuals experiencing homelessness. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 8(4), 1-14.
- The Ohio State University Wexner Medical Center. (2022). *Screening for TBI Using the OSU TBI-ID Method*. Available on-line: <https://wexnermedical.osu.edu/neurological-institute/neuroscience-research-institute/research-centers/ohio-valley-center-for-brain-injury-prevention-and-rehabilitation/for-professionals/screening-for-tbi>
- To, M. J., O'Brien, K., Palepu, A., Hubley, A. M., Farrell, S., Aubry, T., Gogosis, E., Muckle, W., & Hwang, S. W. (2015). Healthcare Utilization, Legal Incidents, and Victimization Following Traumatic Brain Injury in Homeless and Vulnerably Housed Individuals: A Prospective Cohort Study. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 30(4). https://journals.lww.com/headtraumarehab/Fulltext/2015/07000/Healthcare_Utilization,_Legal_Incidents,_and.5.aspx
- Todd, J., Loewy, J., Kelly, G., & Simpson, G. (2004). Managing Challenging Behaviours: Getting Interventions to Work in Nonspecialised Community Settings. *Brain Impairment*, 5(1), 42-52. <https://doi.org/10.1375/brim.5.1.42.35398>
- Topolovec-Vranic, J., Ennis, N., Howatt, M., Ouchterlony, D., Michalak, A., Masanic, C., Colantonio, A., Hwang, S. W., Kontos, P., Stergiopoulos, V., & Cusimano, M. D. (2014). Traumatic brain injury among men in an urban homeless shelter: observational study of rates and mechanisms of injury. *CMAJ open*, 2(2), E69-76. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.9778/cmajo.20130046>
- Trexler, L. E., & Parrott, D. (2022). The impact of resource facilitation on recidivism for individuals with traumatic brain injury: A pilot, non-randomized controlled study. *Brain Injury*, 36(4), 528-535. <https://doi.org/10.1080/02699052.2022.2051207>
- Woodhall-Melnik, J., Dunn, J. R., Svenson, S., Patterson, C., & Matheson, F. I. (2018). Men's experiences of early life trauma and pathways into long-term homelessness. *Child Abuse and Neglect*, 80, 216-225. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.027>
- Ylvisaker, M., Feeney, T., & Capo, M. (2007). Long-Term Community Supports for Individuals With Co-Occurring Disabilities After Traumatic Brain Injury: Cost Effectiveness and Project-Based Intervention. *Brain Impairment*, 8(3), 276-292. <https://doi.org/10.1375/brim.8.3.276>

Annexe 3 - Infographie synthétisant les parcours vers l'itinérance et les pratiques prometteuses

Parcours de vie et pratiques prometteuses

Prévenir et réduire l'itinérance chez les personnes ayant une lésion cérébrale acquise : Une synthèse collaborative des connaissances

